



HAL
open science

Anxiété des patients adultes au cabinet dentaire : origines, impacts et évaluation dans le cadre d'une étude au sein du CHU de Nice

Mounes Ghazel

► To cite this version:

Mounes Ghazel. Anxiété des patients adultes au cabinet dentaire : origines, impacts et évaluation dans le cadre d'une étude au sein du CHU de Nice. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02982019

HAL Id: dumas-02982019

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02982019>

Submitted on 28 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ANXIETE DES PATIENTS ADULTES AU
CABINET DENTAIRE : ORIGINES, IMPACTS ET
EVALUATION DANS LE CADRE D'UNE ETUDE
AU SEIN DU CHU DE NICE**

Année 2020

Thèse n° 42-57-20-13

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le 26 Mars 2020 Par

Monsieur GHAZEL Mounes

Né le 20 Mars 1993 à Nice
Pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (Diplôme d'État)

Examineurs :

Madame le Professeur
Madame le Professeur
Madame le Docteur
Madame le Docteur

LUPI Laurence
BERTRAND Marie-France
EHRMANN Elodie
PESCI-BARDON

Présidente du jury
Assesseur
Assesseur
Assesseur

CORPS ENSEIGNANT

56^{ème} section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités : Mme MANIERE-EZVAN Armelle

Professeur des Universités : Mme MULLER-BOLLA Michèle

Maître de Conférences des Universités : Mme JOSEPH Clara

Maître de Conférences des Universités Associé : Mme OUEISS Arlette

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AIEM TORT-ALVAREZ Elody

Assistant Hospitalier Universitaire : Mr CAMIA Julien

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme MASUCCI Caterina

Sous-section 02 : PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités : Mme LUPI Laurence

Maître de Conférences des Universités Associé : Mme BORSA Leslie

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme FRENDO Marie

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme MERIGO Elisabetta

57^{ème} section : CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

Sous-section 01 : CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

Professeur des Universités : Mme PRECHEUR-SABLAYROLLES Isabelle

Maître de Conférences des Universités : Mr BENHAMOU Yordan

Maître de Conférences des Universités : Mr COCHAIS Patrice

Maître de Conférences des Universités : Mme DRIDI Sophie Myriam

Maître de Conférences des Universités : Mme RAYBAUD Hélène

Maître de Conférences des Universités : Mme VINCENT-BUGNAS Séverine

Maître de Conférences des Universités : Mme VOHA Christine

Assistant Hospitalier Universitaire : Mr BORIE Gwenaël

Assistant Hospitalier Universitaire : Mr CHARBIT Mathieu

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme FISTES Elene-Maria

58^{ème} section : REHABILITATION ORALE

Sous-section 01 : DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur des Universités : Mme BERTRAND Marie-France

Professeur des Universités : Mr BOLLA Marc

Professeur des Universités : Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie

Professeur des Universités : Mme LASSAUZAY Claire

Professeur des Universités : Mr MAHLER Patrick

Professeur des Universités : Mr MEDIONI Etienne

Professeur des Universités Emérite : Mr ROCCA Jean-Paul

Maître de Conférences des Universités : Mr ALLARD Yves

Maître de Conférences des Universités : Mr CEINOS Romain

Maître de Conférences des Universités : Mme EHRMANN Elodie

Maître de Conférences des Universités : Mr LAPLANCHE Olivier

Maître de Conférences des Universités : Mr LEFORESTIER Eric

Maître de Conférences des Universités : Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme ABID Sarah

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AZAN Cindy

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme BECQUART Mathilde

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DEMARTY Laure

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme GROSSI Vanina

Assistant Hospitalier Universitaire : Mr LAMBERT Gary

Assistant Hospitalier Universitaire : Mr LONJON Jean-Baptiste

Assistant Hospitalier Universitaire : Mr PARNOT Maximilien

REMERCIEMENTS

Je remercie **Madame la Présidente du jury Dr LUPI** d'avoir fait l'honneur de prendre part au jury de cette thèse et de la présider. Votre extrême gentillesse, votre écoute à l'égard des étudiants et votre bonne humeur permanente m'ont permis d'étudier dans des conditions très agréables pendant toutes ces années. Je vous adresse l'expression de toute ma gratitude.

Je tiens à remercier également **Madame le Professeur Dr BERTRAND** pour votre sens pédagogique d'une part et de votre disponibilité dont vous avez fait preuve d'autre part. Toujours présente pour nous arranger nos plannings hospitaliers, toujours réceptive à nos demandes et très arrangeante bien que cela ne soit pas toujours évident. Merci énormément.

Je tiens à remercier très particulièrement **Madame le Docteur EHRMANN**. Je ne pouvais imaginer une soutenance sans vous et je tiens très sincèrement à vous remercier de votre participation. J'ai tellement appris de nouvelles choses à vos côtés pendant mon option hospitalière, vu des cas (facettes, onlays, DTM) tellement enrichissant pour moi qu'il était indispensable de vous rendre l'appareil. Gentille, calme, sympathique sont autant de qualités qui vous définissent et cela a été un réel plaisir de travailler avec vous.

Et finalement je tiens à exprimer toute ma reconnaissance envers **Madame le Docteur PESCI-BARDON** pour m'avoir encadré, conseillé, guidé et aidé dans ce travail. Vous m'avez laissé une certaine liberté allant du choix du sujet à la rédaction et je vous en suis très reconnaissant. Merci également de m'avoir appris mes premières chirurgies aux urgences, j'ai vraiment apprécié de travailler avec vous toujours dans une bonne ambiance et le sérieux bien sur.

Merci à toute ma famille pour leur soutien permanent et qui m'ont permis de réaliser ces études

Merci à tous mes amis les plus proches et mes collègues de la promo dentaire avec lesquels nous avons bien rigolé

ANXIETE DES PATIENTS ADULTES AU CABINET DENTAIRE : ORIGINES, IMPACTS ET EVALUATION DANS LE CADRE D'UNE ETUDE AU SEIN DU CHU DE NICE

➤ *Introduction*

I – Anxiété et vision du monde de l'odontologie

1. Généralités

- 1.1. Terminologies
- 1.2. De la simple peur à la phobie
- 1.3. Relation anxiété – douleur

2. Représentation symbolique de l'univers dentaire

- 2.1. Valeur symbolique de la bouche
 - 2.1.1. Zone d'émotion
 - 2.1.2. Zone de plaisir
- 2.2. Valeur symbolique des dents
 - 2.2.1. Symbole de vie
 - 2.2.2. Symbole agressif
 - 2.2.3. Symbole culturel
 - 2.2.4. Symbole sexuel
 - 2.2.5. Symbole social
- 2.3. L'image sociétale péjorative du Chirurgien-Dentiste
 - 2.3.1. A travers l'Histoire
 - 2.3.2. A travers les arts
 - 2.3.3. A travers les médias

II – L'anxiété du patient au cabinet dentaire

1. Constat et état des lieux de la situation actuelle

2. Cycle vicieux de la peur

3. Caractéristiques des patients anxieux vis-à-vis des soins dentaires

- 3.1. Réactions neurologiques : ce qui se passe dans le cerveau
- 3.2. Signes physiologiques : ce qui se vit à l'intérieur
- 3.3. Signes physiques : ce qui se voit de l'extérieur
 - 3.3.1. Effets comportementaux
 - 3.3.1.1. Le langage
 - 3.3.1.2. Le regard
 - 3.3.1.3. La mimique et la gestuelle
 - 3.3.2. Effets cognitifs

4. Etiologies

- 4.1. A l'origine de la peur du Chirurgien-Dentiste
 - 4.1.1. Facteurs internes :
 - 4.1.1.1. Conditionnement direct via un traumatisme antérieur
 - 4.1.1.2. Trait d'anxiété générale
 - 4.1.2. Facteurs externes :
 - 4.1.2.1. Conditionnement indirect via le biais d'autrui
 - 4.1.2.2. Attitude du praticien
 - 4.1.2.3. Facteurs socio-économiques

- 4.2. Les 5 sens en alerte au cabinet dentaire
 - 4.2.1. La vision
 - 4.2.2. L'ouïe
 - 4.2.3. L'odorat
 - 4.2.4. Le goût
 - 4.2.5. Le toucher

- 4.3. De quoi nos patients ont-ils peur ?
 - 4.3.1. Peur de la douleur
 - 4.3.2. Peur de la piqure
 - 4.3.3. Peur de l'infection et de l'empoisonnement
 - 4.3.4. Peur de l'intrusion de l'intimité
 - 4.3.5. Peur relative aux actes thérapeutiques

5. Impact sur l'organisme

- 5.3. Répercussions sur la santé bucco-dentaire
- 5.4. Répercussions sur la santé générale
- 5.5. Répercussions sur la vie sociale et au niveau de la Santé Publique

III – Etude sur l'anxiété des patients adultes dans le cadre des soins bucco-dentaires

1. Comment l'évaluer en clinique

- 1.1. EVA
- 1.2. CDAS : Corah's Dental Anxiety Scale
- 1.3. MDAS : Modified Dental Anxiety Scale
- 1.4. DCA : Dental Concerns Assessment
- 1.5. DFS : Dental Fear Survey
- 1.6. Index of Dental Anxiety and Fear IDAF-4C+

2. Etude

- 2.1. Présentation de l'Etude
- 2.2. Matériels et méthodes
 - 2.2.1. Présentation du questionnaire
 - 2.2.2. Echantillon
 - 2.2.3. Outils statistiques utilisés
- 2.3. Résultats
 - 2.3.1. Distribution de l'échantillon
 - 2.3.1.1. En fonction du sexe
 - 2.3.1.2. En fonction de l'âge
 - 2.3.1.3. En fonction de la catégorie socio-professionnelle
 - 2.3.1.4. En fonction du motif de consultation
 - 2.3.2. Descriptions statistiques des réponses au questionnaire MDAS
 - 2.3.2.1. Distribution graphique des résultats
 - 2.3.2.2. Répartition du Score de Corah
 - 2.3.2.3. Description de la population anxieuse
 - 2.3.3. Descriptions statistiques des réponses aux facteurs anxiogènes
 - 2.3.4. Analyses statistiques des résultats obtenues
 - 2.3.4.1. Influence des facteurs socio-démographiques sur l'anxiété
 - 2.3.4.2. Influence des facteurs angoissants sur le Score de Corah
- 2.4. Discussion

- *Conclusion*
- *Bibliographie*

➤ INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, le monde de la dentisterie a énormément évolué, que ce soit dans le domaine technique que dans le relationnel avec le patient. En effet, de nos jours, le dentiste attache de plus en plus d'importance au confort et au bien-être du patient. Les soins sont plus confortables et moins douloureux.

En dépit de ces évolutions, la peur du dentiste reste considérablement ancrée dans notre société. Se rendre chez le dentiste constitue une épreuve redoutée voire même insurmontable pour beaucoup de patients.

Ce phénomène touche toutes les tranches de la population, quelque soit l'âge, le sexe ou le milieu social. Cela peut constituer une véritable barrière aux soins dentaires pour une partie non négligeable des patients.

Ce qui amène bien souvent ces derniers à retarder voire délaisser la consultation au cabinet dentaire au détriment de leur santé bucco-dentaire.

Il est donc important de dépister ce type de patient et d'en améliorer la prise en charge.

Nous allons donc, dans un premier temps, décrire d'un point de vue global l'anxiété et la représentation symbolique de l'univers de l'odontologie pour aborder ensuite l'anxiété relative aux soins dentaires. Puis, nous présenterons notre questionnaire permettant d'évaluer l'anxiété des patients adultes dans le cadre des soins bucco-dentaires prodigués au CHU de Nice. Enfin, nous proposerons les diverses solutions de prise en charge de ce type de patient.

I. Anxiété et vision du monde de l'odontologie

1. Généralités

1.1. Terminologies

La richesse de la langue française nous permet de décrire une notion en fonction d'un riche panel de termes. Ainsi, Il existe donc un vocabulaire large pour désigner le sentiment d'anxiété :

- **L'anxiété** correspond à une inquiétude pénible, une tension nerveuse causée par l'incertitude et l'attente. Lorsqu'elle prend un caractère excessif, c'est un trouble anxieux, se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité. (1)

C'est une réaction naturelle de l'être humain. Elle a des effets positifs lorsqu'elle est régulée et des effets négatifs lorsqu'elle est excessive et inappropriée.

Nous pouvons distinguer deux types d'anxiété : l'anxiété-trait et l'anxiété-état (2)

- **Anxiété-trait (caractérielle)** : Elle se réfère au niveau global d'anxiété propre à chaque individu. La personne a souvent tendance à être anxieuse ou tendue même hors d'un contexte potentiellement anxiogène.
 - **Anxiété-état (situationnelle)** : Réaction émotionnelle causée par une situation ou un objet anxiogène. Elle est spécifique et transitoire puisqu'elle cesse une fois le stimulus craint terminé. (3)
-
- **L'angoisse** est un sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminé. Elle représente les réactions physiques qui accompagnent l'anxiété. Elle se manifeste par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (sudation, vertiges, accélération du rythme cardiaque en autres) (1)
 - **La crainte** correspond à un état devant un sentiment de peur, de danger, de douleur ou d'un mal à venir. (1)
 - **L'appréhension** est définie comme une crainte devant un danger qui pousse à fuir ou à éviter la situation. (1)
 - **Le stress** désigne un état de tension aigue d'un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions mettant en danger les mécanismes homéostatiques et l'obligeant à mobiliser toutes ses défenses pour y faire face. Ces agents peuvent être physique, chimique ou psychologique. (4)
 - **La peur** est une réaction normale face à un danger concret ou immédiat. Il s'agit d'une réaction physiologique d'adaptation au monde environnemental. Elle

comprend des réactions cognitives, physiologiques et comportementales comme par exemple l'évitement des soins dentaires. (5)

On peut définir deux types de peur : la peur externe et la peur interne

- **La peur externe (ou peur vitale) :** est une émotion qui apparaît face à un danger existant pouvant compromettre l'intégrité ou la vie de l'individu.
- **La peur interne (ou peur psychologique) :** est issue d'une représentation qui engendre une terreur devant une situation possible, qui si elle se produit, serait dangereuse. (6)

Autant de termes pour exprimer un même sentiment. Ainsi, bien que le sens varie légèrement, nous utiliserons dans cette thèse ces termes de manière interchangeable pour désigner la notion d'anxiété.

1.2. De la simple peur à la phobie

La peur est une émotion normale chez l'Homme, elle joue le rôle de signal d'alarme afin de stimuler l'individu face à un danger. Cependant, lorsque cette peur devient démesurée et irrationnelle, elle prend le nom de phobie. (7)

La phobie se caractérise par une peur intense, souvent incontrôlable, qui entraîne un évitement de l'objet ou de la situation à l'origine du stress. Confronté à l'élément phobogène, l'individu peut décompenser une crise de panique. Bien que la personne reconnaisse le caractère absurde de sa peur, elle demeure incapable de la contrôler. Cela peut devenir un réel handicap et altérer la qualité de vie de l'individu. L'OMS considère même qu'il s'agit d'une pathologie d'ordre psychiatrique.

Parmi les phobies les plus courantes, on distingue la phobie du sang, des maladies et aiguilles. La phobie du dentiste est considérée comme une phobie spécifique nommée odontophobie. (8) Cette dernière devient parfois telle, que le patient ne consulte que lorsque la situation devient insupportable. Tolérant ainsi une douleur bien supérieure à celle que peut causer le traitement.

	PEUR	PHOBIE
Stimulus potentiellement dangereux	OUI	NON
Conduite d'évitement	NON	OUI
Réaction proportionnée au stimulus	OUI	NON
Raisonnement logique	OUI	NON
Contrôle	OUI	NON
Durée	PONCTUELLE	MAINTENUE

1) Tableau selon Hawawini (2008) : Différence entre peur (physiologique) et phobie (pathologique)

1.3 Relation anxiété – douleur

L'émotion douloureuse est fonction de la sensibilité individuelle de chacun. Or, cette émotion augmente avec la peur et la peur diminue le seuil de la douleur. Ainsi, un patient anxieux amplifie et surévalue la perception de la douleur. (9) Plus l'anxiété est élevée et plus la perception de la douleur augmente. (10)

De même, les expériences antérieures douloureuses ont des effets prédictifs d'anxiété. Un passé dentaire douloureux potentialise les réactions de stress. Ainsi, les patients ayant expérimenté des épisodes pénibles chez le dentiste sont plus sujets à développer une anxiété vis-à-vis des soins dentaires. (10)

Il existe donc une relation bidirectionnelle entre l'anxiété et la douleur : l'anxiété potentialise la douleur et cette dernière majore l'anxiété.

2. Représentation symbolique de l'univers dentaire

2.1. Valeur symbolique de la bouche

La bouche est un véritable carrefour des fonctions physiologiques. Elle assure de nombreux rôles (mastication, phonation, gustation, respiration...). Outre sa valeur vitale, la sphère orale a aussi une valeur psycho-affective. Sa place au sein du visage lui confère une symbolique toute particulière. La bouche est un élément dynamique essentiel de la face. Elle dessine le sourire et permet la parole, véritables interfaces de la relation avec autrui.

2.1.1. Zone d'émotion

La sphère orale est source d'une grande charge émotionnelle. En effet, c'est par là qu'intervient le premier cri et le dernier soupir. C'est aussi le siège des premières douleurs avec la poussée des dents lactéales. (11)

La bouche dévoile aussi la personnalité de chacun car elle émet les expressions de la pensée. Responsable de l'échange verbale et non verbale, c'est un puissant vecteur de communication par le sourire et le langage. Elle permet l'expression des émotions par l'intervention des muscles des commissures labiales.

2.1.2. Zone de plaisir

Du fait de ses terminaisons nerveuses au niveau de la langue et des muqueuses, la bouche est une vraie zone érogène. Elle est notamment le symbole de l'érotisme alimentaire. Elle définit l'un des cinq sens via le goût permettant à l'individu d'interagir avec le monde environnant. Ainsi, les multiples saveurs que nous offre le domaine culinaire sont une source indéniable de plaisir pour nos papilles.

Elle est également le symbole de l'érotisme sexuel comme en témoigne les stéréotypes de lèvres pulpeuses et rouges, synonymes de sensualité et de féminité. (figure 1)



Figure 1 : Marilyn Monroe, sex-symbol des années 1950

Ainsi, la bouche a une représentation symbolique aux multiples facettes. C'est un carrefour essentiel des sens. Le praticien doit donc respecter l'importance de cette entité et appréhender le rapport d'intimité imposé par les soins au sein de la sphère oro-faciale.

2.2. Valeur symbolique des dents

Les dents sont le support de multiples fonctions. Si la mastication paraît la plus évidente des fonctions, elle est loin d'être la seule. Elles ont également un rôle dans la déglutition, l'élocution et l'expression de nos états d'âme (sourire, agressivité). Par ailleurs, elles contribuent à la séduction et à l'esthétique du visage. (12)

2.2.1. Symbole de vie

Un sourire denté est synonyme de force, de santé et de jeunesse d'où les expressions « Croquer la vie à pleines dents » ou « Vingt ans et toutes ses dents » (figure 2). Symbole de fraîcheur via leur blancheur, la perte des dents peut évoquer le vieillissement et la mort. Pour éviter ce déclin, certains se procurent une troisième denture par l'intermédiaire des soins dentaires.



Figure 2 : Sourire éclatant symbole de vie et de jeunesse

2.2.2. Symbole agressif

La dent a été le premier outil de l'Homme et avec la griffe sa première arme coupante. La dent est investie d'une valeur symbolique de puissance et de virilité (figures 3 et 4). Comme en témoignent les expressions « armé jusqu'aux dents » ou « montrer les dents ». Bien que le lien entre les dents et l'agressivité reste encore présent dans le règne animal, il tend à s'estomper dans l'espèce humaine avec le développement de la civilisation rendant les mécanismes d'agression plus discrets. Des dents de la Mer à Dracula, notre imaginaire est peuplé de créatures dentées effrayantes.



Figure 3 : Incrustations de Jade retrouvées au Mexique sur un crâne de Maya



Figure 4 : Dents taillées en pointe chez le peuple Pygmée

2.2.3. Symbole culturel

Les dents occupent une place importante dans la culture humaine et ceci depuis l'aube des civilisations. Quelque soit l'époque, la dent a toujours été un critère « de beauté », notion qui varie sensiblement selon les ethnies (figures 5,6 et 7).



*Figure 5 : Canines de vampire
chez une « gothique »*



*Figure 6 : Dents laquées en noir très
priseés dans le Japon de l'Ere Edo*



*Figure 6 : Dents en diamants chez un
« rappeur »*

2.2.4. Symbole sexuel

Le symbolisme érotique de la dent occupe une place importante de la naissance de l'individu jusqu'aux rapports amoureux que va entretenir l'adulte tout au long de sa vie. En effet, la bouche et les dents sont les acteurs privilégiés de la séduction et des jeux d'amour. « Mal aux dents, mal d'amour » et « Belle à croquer » sont autant d'expression ayant cette connotation (figure 7).



Figure 7 : Le symbole sexuel de la bouche

2.2.5. Symbole social

De nos jours, le culte de l'apparence et de la beauté donne aux dents un intérêt particulier. La demande en esthétique gagne en importance et dicte de plus en plus notre pratique en odontologie. Des dents blanches et bien alignés sont très valorisées socialement. Elles sont interprétées comme un signe de bonne santé et une marque de réussite. Les publicitaires ne s'y trompent pas d'ailleurs en exploitant à outrance ce symbole afin de vendre toutes sortes de produits.

Ainsi, la bouche est un élément dynamique essentiel du visage. Avec les dents et les lèvres, elle dessine le sourire et permet la parole, véritable interface de la relation avec autrui.

La bouche et les dents forment une partie intime de l'être. Il est donc important d'assimiler l'aspect sensoriel et affectif de cette partie du corps afin de soigner dans un bien être mutuel.

3. L'image sociétale péjorative du chirurgien-dentiste

3.1. A travers l'Histoire

Depuis des siècles le chirurgien-dentiste a pu avoir une image négative : « Arracheur de dents », « bourreau », « boucher » ... Nombreux sont les termes péjoratifs pour décrire le dentiste. Cette vision s'explique en partie par l'évolution de la profession à travers l'Histoire. En effet depuis des âges, il était commun de croiser au marché, entre le boucher et la boulangère, « un arracheur de dent ». Leur pratique ne se résumait qu'aux extractions d'où l'utilisation de ce terme. Tout cela se passait sur les lieux publics au milieu de la foule, les spectateurs pouvaient alors apprécier le spectacle tragique et choquant d'une personne hurlant de douleur (figure 8).



Figure 8 : L'arracheur de dents, Van Honthorst G

Ces scènes très communes à l'époque, ont largement contribué à l'instauration de la peur du dentiste et ont marqué l'inconscient collectif.

Diverses communautés se revendiquaient aptes à l'exercice de l'art dentaire : le corps religieux, les barbiers, les nomades, transmettant ainsi une image de charlatanisme de notre profession. (13)

Il faudra attendre la fin du XIXe siècle pour assister à la sédentarisation de la profession et la mise en place d'un diplôme qualifiant obligatoire.

3.2. A travers les arts

La représentation du chirurgien-dentiste a été très largement symbolisée que ce soit dans les peintures, les ouvrages ou même plus récemment au cinéma. En effet, le septième art a aussi entretenu cette image péjorative comme en témoigne le film « The dentist », réalisé par Yuzna Brian, dans lequel le personnage principal, le dentiste, bascule dans la torture des patients. Les scènes du film sont dignes d'un film d'horreur se servant d'images fortes telles que le bruit exagéré des turbines, des grosses pinces en métal ou même les cris malheureux des patients. En découle forcément, une certaine angoisse et méfiance vis-à-vis du dentiste.

3.3. A travers les médias

La dentisterie souffre de nombreux clichés et d'idées fausses. Néanmoins, les médias ont bien souvent entretenu le stéréotype du dentiste boucher, incompetent voire même d'un escroc. Aujourd'hui à l'heure des réseaux sociaux, plusieurs vidéos animant la toile, symbolisent le dentiste comme un « sadique ».

Ainsi, la culture populaire associe consultation dentaire et douleur. Indéniablement, suivant cette croyance le dentiste fait mal et cette croyance nuit aux dentistes.

En dépit d'énormes évolutions en termes de confort et gestion de la douleur du patient, l'anxiété face au monde dentaire persiste dans les esprits. Cette crainte vis-à-vis des soins dentaires est un phénomène complexe et multifactoriel que nous tacherons d'expliquer dans la prochaine partie.

II. Anxiété du patient au cabinet dentaire

1. Constat et état des lieux de la situation actuelle

De nos jours, avec les progrès techniques et la formation universitaire de plus en plus axée sur le bien-être du patient, tout est mis en œuvre pour rendre la consultation dentaire agréable. Pourtant, en dépit de ces avancées, l'anxiété face aux soins bucco-dentaires reste un phénomène récurrent. En effet, la visite chez le dentiste rime bien souvent avec stress et moment désagréable pour bon nombre de patients.

D'après un récent sondage de l'IFOP (Institut Française de l'Opinion Publique), 30% de la population française adulte ressent des craintes à l'idée de consulter son chirurgien-dentiste. Cette peur ancestrale persiste et le taux de patients anxieux ne diminue pas.

A ce jour, elle représente l'une des principales causes de renoncement aux soins dentaires. Comme en témoigne une enquête réalisée sur un échantillon représentatif de la population française à l'occasion du congrès 2017 de l'ADF (Association Dentaire Française), déclarant la peur des soins comme la deuxième cause d'évitement des soins bucco-dentaires (14) (figure 9).

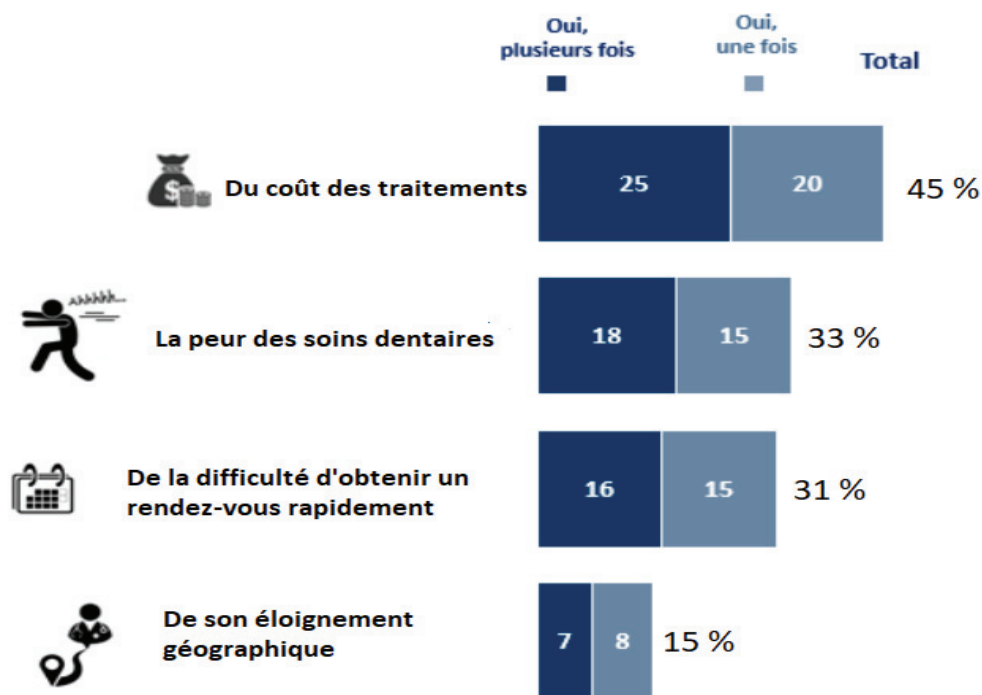


Figure 9 : Enquête ADF 2017, Avez-vous déjà renoncé aux soins ? Pourquoi

2. Le cycle vicieux de la peur

Il est clair que la peur des soins dentaires constitue un obstacle majeur à la consultation chez le chirurgien-dentiste environnement qui crée tant d'angoisse pour tellement de patients. Cette inquiétude influence grandement le comportement du patient. Ainsi, les patients anxieux sont souvent réticents à l'idée de consulter même en cas de douleurs. Par conséquent,

en l'absence de traitement adéquat, les pathologies orales vont inévitablement s'aggraver et la santé bucco-dentaire se détériorer. Ce délabrement impacte l'esthétique du sourire. Dans la société actuelle où le paraître occupe une place de plus en plus importante, cette mutilation modifie négativement l'image qu'a le patient de lui-même. De ce fait, un repli et une baisse de l'estime de soi se développent. S'instaure alors un réel cercle vicieux comme schématisé ci-dessous (15) (Figure 10).

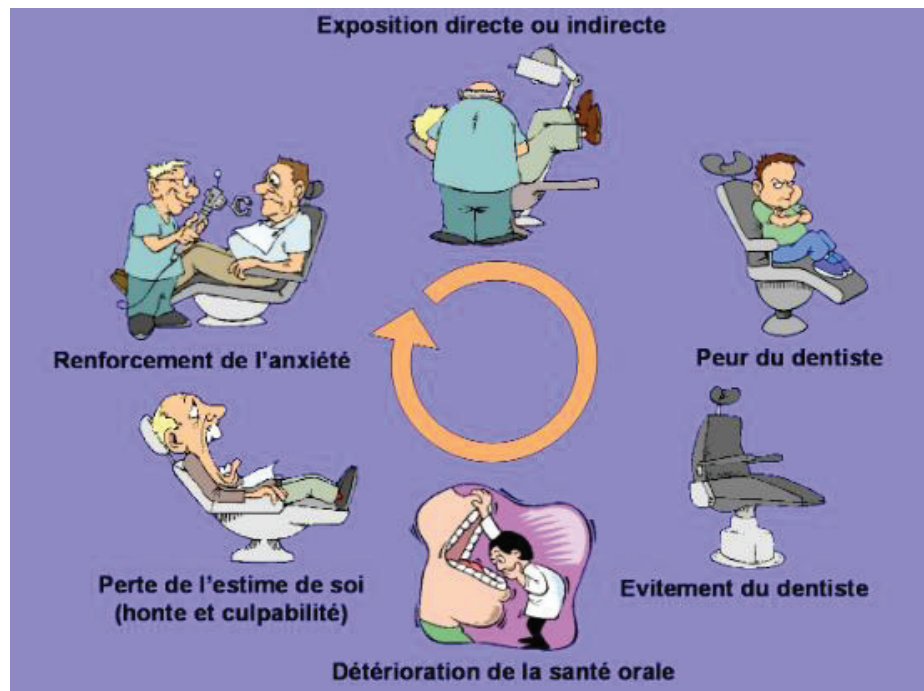


Figure 10 : Le cercle vicieux de l'anxiété face aux soins dentaires (Hennequin, 2007)

Les études démontrent que le patient anxieux versus le patient non anxieux (16), (17), (18) :

- A une fréquence de consultation plus basse et plus irrégulière
- Est plus susceptible de décaler voire d'annuler son rendez-vous
- Nécessite généralement des séances de soins plus longues et plus pénibles (valable aussi pour le praticien)
- Consulte bien souvent en urgence lorsque les soins sont inévitables, en raison de la douleur ressentie. Les traitements nécessaires sont de ce fait plus complexes et potentiellement plus douloureux, véritable cercle vicieux
- Possède une santé bucco-dentaire plus délétère que le patient non anxieux
- Développe un sentiment de honte et de culpabilité ce qui consolide la dynamique d'évitement du cabinet dentaire

3. Caractéristiques des patients anxieux vis-à-vis des soins dentaires

3.1. Réactions neurologiques : ce qui se passe dans le cerveau

Il ne peut pas y avoir de peur sans stimulation sensorielle. Avant d'avoir peur, nous entendons, nous voyons, nous sentons ou nous ressentons. Plusieurs types de stimuli peuvent donc alerter l'individu de la présence d'un « danger ». Ainsi, nos organes sensoriels constituent les premiers vecteurs d'une cascade de réactions nerveuses et hormonales à l'origine de notre réaction de stress.

Lors d'un épisode anxieux, le cerveau analyse le stimulus puis transmet l'information à l'axe hypothalamo-hypophysaire, véritable centre des émotions. Celui-ci induit le sentiment de crainte et commande aux glandes surrénales de sécréter des hormones via le système nerveux autonome (SA).

Le SA est composé de 2 parties :

- Le SA sympathique qui est activateur. Il met le corps en situation de fuite ou de combat afin de permettre à l'organisme de réagir à la situation jugée menaçante
- Le SA parasympathique qui lui est régulateur. Il permet de contrebalancer cette excitation et de retrouver un état d'apaisement (19).

Le SA sympathique active ainsi les glandes surrénales synthétisant de l'adrénaline et de la noradrénaline. Ces deux messagers chimiques sont libérés dans le sang afin d'aller agir sur les organes cibles (appareil cardio-vasculaire, poumons, foie et muscles).

Dès lors un grand nombre de réactions physiques et psychiques vont apparaître. En effet, le stress est nécessaire à la vie, à faibles doses il protège tandis qu'à doses excessives il emprisonne (est nocif).

3.2. Signes physiologiques : ce qui vit à l'intérieur

La peur induit donc une activation hormonale qui agit sur l'organisme en stimulant certains organes et en en inhibant d'autres (20).

Organe	Réaction	Effets perçus et/ ou observables
Cœur	Augmentation de la fréquence cardiaque	Le cœur bat plus vite
Vaisseaux	Vasodilatation Augmentation Pression artérielle	Les muscles reçoivent plus de sang
Muscles	Augmentation du tonus	Les muscles se tendent
Peau	Horripilation	Les poils se dressent (réaction primitive pour impressionner l'adversaire)
Appareil digestif	Diminution de la motilité réduction du péristaltisme intestinal	Ralentissement de la digestion
Cerveau	Meilleure oxygénation	Augmentation de la vigilance
Sens (vue, ouïe...)	Dilatation des pupilles	Augmentation de la vigilance (vue lointaine et en obscurité)
Vessie	Relâchement des muscles lisses	Diminution de l'envie d'uriner
Bronches	Élévation du rythme respiratoire et dilatations des bronches	

2) Effets instantanés « des hormones de stress » sur les organes cibles (20)

3.3. Signes physiques : ce qui se voit de l'extérieur

La réponse à l'anxiété liée aux soins dentaires s'extériorise par plusieurs manifestations cliniques. La peur peut se lire sur le visage d'une personne mais aussi à travers son comportement.

3.3.1. Effets comportementaux

3.3.1.1 Le langage

L'état d'anxiété du patient est parfois évident : il peut s'installer sur le fauteuil et faire part de son appréhension. C'est le cas le plus favorable pour le praticien qui peut adapter sa prise en charge en fonction du niveau d'anxiété du patient. En revanche dans certains cas, la communication ne s'installe pas spontanément. Ainsi certains signaux d'alerte doivent éveiller les soupçons du praticien.

3.3.1.2 Le regard

Le regard, pour bon nombre de personnes, exprime pleinement les sentiments et les émotions ressentis par l'être humain. Certains regards peuvent évoquer la tristesse, la timidité voire

même la gêne notamment lorsque le dentiste enfreint la distance intime. A l'annonce d'une extraction dentaire, le regard peut traduire la peur et l'angoisse laissant deviner l'état d'anxiété du patient.

3.3.1.2 La mimique et la gestuelle

L'expression du visage et la gestuelle sont de véritables témoins de l'anxiété. Ce langage non verbal est facilement détectable par le praticien. Un visage qui se crispe, des mains agrippées au fauteuil, des mouvements brusques et incontrôlés sont autant de signes qui doivent alerter le chirurgien-dentiste.

3.3.2. Effets cognitifs

Certaines réactions psychosomatiques peuvent également attirer notre attention, comme l'inaptitude à raisonner ou à relativiser les procédures, à assaillir le praticien de questions, d'une part par angoisse mais aussi pour retarder le soin. Une hyperactivité peut aussi être observée : l'individu parle plus vite, avec une voix plus tremblante, il est irritable, évitant voire nerveux. Il peut avoir des pertes de mémoire, des confusions ou des bégaiements.

Ces signes cliniques doivent être perçus et pris en compte par l'équipe soignante pour tendre à instaurer une relation de confiance.

4. Etiologies

Comme décrit dans le chapitre précédent, le chirurgien-dentiste souffre d'une image négative de par l'Histoire, les médias ou bien internet. Il est donc compréhensible qu'avec ce type d'information, le patient se méfie du cabinet dentaire. Toutefois, l'anxiété face aux soins dentaires est un phénomène bien plus complexe et multifactoriel dont le développement ne peut être expliqué par un seul élément (21).

Afin d'assurer une bonne prise en charge du patient anxieux, il est primordial de cerner les origines de la peur et d'en diminuer l'impact.

4.1. A l'origine de la peur du chirurgien-dentiste

L'état de stress du patient est la résultante de différents facteurs aussi bien internes qu'externes.

4.1.1 Facteurs internes

4.1.1.1 Conditionnement direct par le traumatisme antérieur

L'angoisse face aux soins dentaires est fréquemment corrélée à un passé dentaire vécu comme « traumatisant ». De nombreuses études ont affirmé que la cause majeure du développement de cette anxiété était provoquée par les expériences traumatisantes survenues pendant l'enfance (on parle de mémoire émotionnelle (22) (23) (24)). Ces souvenirs peuvent être ressentis négativement du fait de la douleur subie ou de l'attitude du praticien.

Ainsi, la réminiscence de ces souvenirs désagréables conditionne le patient à craindre une situation similaire chez le dentiste (25).

Il est donc primordial de créer une perception positive du cabinet dentaire dès la petite enfance.

4.1.1.2 Traits d'anxiété générale

Certaines personnes sont de nature anxieuse au quotidien. En effet, l'anxiété peut faire partie intégrante de la personnalité de l'individu : il s'agit de l'anxiété-trait. Cette caractéristique individuelle innée prédispose à être anxieux ou tendu même en dehors de toute situation stressante. Lors des consultations dentaires, ce type d'individu éprouve un niveau d'anxiété supérieure à la norme (26).

4.1.2 Facteurs externes

4.1.2.1 Conditionnement indirect par le biais d'autrui

Avant même d'avoir mis les pieds au cabinet dentaire, l'individu peut déjà avoir une vision tronquée de la situation, résultat de l'influence de l'entourage, du récit des mauvaises expériences par des proches. Le patient peut absorber ces émotions négatives et en faire les siennes.

La famille influe également grandement sur la manière de penser et d'agir (27).

Freud considère que l'inconscient garde en mémoire tout ce qu'il entend sans jugement critique. La renommée des dentistes est généralement peu flatteuse, le patient entrant au cabinet ressent la plupart du temps une appréhension qui n'a pas de raison objective.

4.1.2.2 Attitude du praticien

Le chirurgien-dentiste joue un rôle non négligeable dans la modulation du stress du patient. Son rôle commence dès son arrivée, si l'individu apparaît renfermé, pressé ou impatient au seuil du cabinet, son l'angoisse ne peut qu'augmenter sur le fauteuil. Donc, un praticien qui prend le temps de répondre aux questions, qui explique les procédures et qui rassure son patient, induit une situation confortable facilitant la prise en charge future.

4.1.2.3 Facteurs socio-économiques

D'une manière générale, la représentation des soins est différente selon les classes socio-économiques. Il est admis que les personnes à faible revenu et dont le niveau d'éducation est bas ont des attitudes plus négatives à l'égard des soins dentaires. En effet, le renoncement aux soins est deux fois plus important dans les classes sociales défavorisées (27).

Nous l'avons compris, la peur découle de notre expérience, de notre caractère et de notre héritage.

4.2. Les cinq sens en alerte au cabinet dentaire

Les cinq sens principaux sont constitués d'un système de cellules sensibles réceptrices qui captent les informations d'ordre physique (vue, audition, sensibilité, toucher) ou chimique (gout, odorat) issues du monde extérieur. Ces données sont ensuite interprétées par notre système nerveux central.

Le cabinet dentaire est un endroit chargé en stimuli. Outre la salle de soin, l'environnement comprend également le hall d'entrée, le secrétariat, la salle d'attente, la salle de radiologie panoramique et les toilettes.

4.2.1 La vue

L'œil humain est capable de détecter les longueurs d'onde de 390 à 780 nanomètres et s'adapte à la lumière ambiante. Il peut ainsi capter 5 millions de nuances différentes dont 250 teintes pures, 17 000 couleurs mêlées et 300 nuances de gris. Cette hypersensibilité oculaire peut être stimulée au cabinet que ce soit par la puissante lumière du scialytique ou celle de la lampe à photopolymériser. Le passage du rayonnement dans les yeux peut éblouir le patient le mettant mal à l'aise. Il en est de même pour toutes les surfaces du cabinet qui du fait des normes d'hygiène sont épurées, lisses et souvent blanches. Les plans de travail, les sols et les blouses blanches peuvent être donc éblouissants pour le patient. Celui-ci, lorsqu'il est installé, est confronté au visage en « gros plan » de son praticien, accompagné d'une multitude d'instruments inconnus qui peuvent l'impressionner. (28)

Un beau tableau, un agencement harmonieux de couleurs ou d'objets agréables au regard peuvent apaiser le patient.

4.2.2 L'ouïe

Le système auditif humain peut différencier jusqu'à 64 hauteurs différentes contenues dans un demi-ton. Le champ moyen des fréquences audibles est de 16 000 à 20 000Hz.

L'ouïe est souvent sollicitée dans le cadre du cabinet dentaire. Les soins sont à l'origine de nombreux bruits. On distingue les bruits externes :

- Indépendants de l'activité : bruits de la ville
- Secondaires à l'activité : passage, sonneries de téléphone, conversations

Et les bruits internes directement liés aux soins, qui sont les plus stressants (29) :

- La turbine qui émet des sons aigus, le plus agressif pour l'oreille
- L'aspiration à l'origine d'un son continu tout au long de l'acte, plus l'embout est long et la puissance importante, plus le son est conséquent
- Les ultrasons, bruit très aigu qui peut être désagréable pendant un détartrage

- Le compresseur qui permet la mise en marche du matériel rotatif, celui-ci doit être assez proche de la salle de soin mais en même temps éloigné pour éviter les nuisances sonores
- Les appareils de stérilisation
- Les bips automatiques de certains outils (localisateur d'apex, lampe à photopolymériser)
- Les éventuels cris du patient en cours de soins ou de l'enfant refusant de se faire soigner peuvent être particulièrement difficiles à supporter pour un patient attendant son tour dans la salle d'attente.

Tous ces bruits peuvent être anxiogènes pour le patient. De plus, l'intervention en bouche exacerbe la perception du bruit des instruments utilisés. Plus le patient associe le bruit à l'importance du soin réalisé, plus le bruit devient anxiogène, créant une disproportion entre l'acte estimé et l'acte réel.

Par ailleurs, un son calme et doux peut avoir un effet relaxant : celui de la voix de l'assistante ou de la musique de fond en sont des exemples d'application.

4.2.3 L'odorat

Il s'agit du sens qui permet l'analyse des substances chimiques volatiles présentes dans l'air. Cette fonction est assurée par 10 millions de récepteurs présents sur 10cm² de muqueuse nasale. La perception du stimulus olfactif se situe à un seuil très bas : une faible quantité de molécules odorantes suffit pour être détectée par ces récepteurs (30). L'odorat est ainsi très stimulé au cours du soin dentaire. De nombreux produits, liquides ou visqueux, dégagent une odeur forte. Que ce soit l'eugénol (dérivé du clou de girofle) exploité comme analgésique, les polysulfures dédiés à la prise d'empreinte ou une dent nécrosée, ces éléments peuvent générer des sensations désagréables remémorant des souvenirs passés pouvant susciter l'anxiété chez le patient (28).

Mettre en place une aération adaptée via des extracteurs d'air et l'utilisation de diffuseur d'huiles essentielles, permettent de créer un endroit plaisant

4.2.3 Le goût

Le goût est le sens qui permet d'identifier les substances chimiques par l'intermédiaire de chémorécepteurs situés sur la langue et le voile du palais. On distingue 5 saveurs : le sucré, le salé, l'amer, l'acide et l'unami. Ainsi, le goût, est incontournable lors des soins dentaires. De nombreux produits peuvent stimuler ce sens tels que les désinfectants (l'hypochlorite de sodium utilisé en endodontie), les matériaux d'empreinte ou les anesthésiants. En effet, ces derniers sont très amers pouvant entraîner des nausées. Cependant, certains outils que sont l'aspiration, le rinçage et la pose d'un champ opératoire étanche permettent d'éviter au patient cette mauvaise expérience.

Par ailleurs, avec l'apparition des arômes ajoutés, un effort des industriels de produits de santé à usage dentaire a été constaté. Il existe désormais des produits ayant un goût agréable, fruité, pouvant apporter un sentiment de bien-être.

4.2.4 Le toucher

Le toucher est l'un des sens essentiels à la survie et au développement des êtres vivants. Il permet l'exploration, la reconnaissance et la découverte de l'environnement. Ce sens est dépendant de récepteurs nerveux épidermiques situés sur l'ensemble du corps. Le toucher est un sens moins sollicité au cabinet dentaire : le patient est inactif, il ne doit pas bouger et par extension ne rien toucher. Cependant, il peut être amené à toucher sa nouvelle prothèse ou les modèles en plâtre afin de mieux s'approprier les soins prodigués. En outre, certaines zones comme le palais mou sont plus sensibles et peuvent être malencontreusement stimulées par un soin invasif qui déclenchera des sensations d'étouffement et de nausées. D'autres sens liés au toucher tels que la nociception (perception de la douleur), la thermoception (perception de la chaleur) et la toniception (perception de la tension musculaire) sont sollicités lors des soins dentaires, notamment à travers les vibrations et les projections d'eau dans la bouche.

Mais le toucher peut aussi être apaisant. L'assistante dentaire donne parfois la main aux patients pour les rassurer et leur montrer son empathie. Le toucher devient alors un sens tranquilisant.

D'autres stimuli sont présents aussi au cabinet. Par exemple, la mise en place de la digue qui peut créer une sensation d'étouffement, les vibrations du contre angle de par sa résonance dans la boîte crânienne peut être désagréable ou bien le spray d'eau peut aussi créer l'angoisse de se noyer. Il sera ainsi nécessaire de prévenir le patient de ces effets avant utilisation.

Il existe une grande variété de sensations lumineuses, sonores, physiques et chimiques créant une atmosphère particulière. La perception du cabinet dentaire est donc l'interprétation de ces sensations, données par les organes sensoriels et conditionnées par l'expérience du patient.

SENS	ELEMENT POTENTIELLEMENT ANXIOGENE
VUE	Lumière du scialytique, lampe à photopolymériser
OUIE	Bruits de la turbine et des ultrasons
ODORAT	Eugénol
GOUT	Hypochlorite de sodium, l'anesthésie
TOUCHER	Digue

3) Les 5 sens en alerte au cabinet dentaire

Modifier l'environnement sensoriel via des stimuli apaisants qu'ils soient auditifs, visuels ou olfactifs permet de réduire les craintes, de créer un endroit plus confortable et d'améliorer la prise en charge du patient, qu'il soit angoissé ou non.

L'environnement sensoriel modifié a sur le sujet l'effet d'attirer ou de distraire l'attention sur des stimuli positifs, mettant en place un état modifié de la conscience et une baisse d'attention vis à vis des stimuli inconfortables (31).

4.3. De quoi nos patients ont-ils peur ?

4.3.1 Les différents types de peur

Le milieu médical est ambivalent : il incarne la santé ou la maladie. A chaque individu sa représentation du soin. Bien souvent, le fauteuil dentaire est source d'angoisse pour les patients. Cependant, ils n'éprouvent pas tous le même sentiment de peur. En effet, il existe plusieurs types de peur.

4.3.1.1 Peur de la douleur

Il s'agit de la peur la plus courante en odontologie : la peur d'avoir mal, même si de nos jours, avec les moyens anesthésiques dont nous disposons, les soins prodigués sont rarement douloureux. Malgré cela, cette peur reste toujours présente mais est surtout liée à la douleur postopératoire (32). Celle-ci reste souvent incompréhensible pour le patient qui se demande pourquoi il a mal alors qu'il a été soigné. C'est une peur irraisonnée, elle est souvent liée à une expérience douloureuse antérieure et mal gérée tels qu'une anesthésie incomplète, un soin très long ou une position inconfortable.

La peur de la douleur est donc fortement liée au développement de l'anxiété et par conséquent à l'évitement des soins. Cette anxiété mène couramment à l'anticipation de la sensation douloureuse. En résulte une surestimation de la douleur lors des soins.

« Qui craint de souffrir souffre déjà de ce qu'il craint » Montaigne, Essais, III, 13

4.3.1.2 Peur de la pique

Elle est définie comme une des principales craintes au cabinet dentaire. L'aiguille, cet objet fin et piquant qui s'introduit dans la gencive peut engendrer une angoisse intense. La cause de cette peur proviendrait essentiellement de traumatismes passés. Bien que l'étape soit éphémère, elle peut être très angoissante pour le patient. Une préanesthésie à l'aide de coton imbibé de gel anesthésiant et la mise en œuvre de l'injection avec discrétion en injectant le produit de manière lente et d'un geste maîtrisé, permettent un bon déroulement de cette étape opératoire, indispensable à la réalisation des soins.

A noter que l'anesthésie est généralement bien acceptée par les patients et est même demandée rapidement pour éviter de ressentir une quelconque douleur ou de faire cesser celle existante.

4.3.1.3 Peur de l'infection et de l'empoisonnement

Il faut savoir que d'après l'OMS, sur une échelle mondiale, 1.4 millions de personnes contractent une infection à l'hôpital. Il existe également des risques en cabinet dentaire concernant les infections virales (VIH et hépatites) et les streptocoques. Il est donc important que le praticien ait une attitude professionnelle et avisée. Se laver les mains devant le patient, sortir les instruments sous sachets stérilisés, porter un masque, des gants, des lunettes et une blouse propre sont autant de signes rassurant pour la patientèle. Il existe aussi une méfiance vis à vis des matériaux utilisés en dentisterie tels que l'amalgame (du fait du mercure) et des composites (du fait du bisphénol A). Notre rôle est donc d'éclairer le patient et de lui expliquer qu'aucun matériau ne serait utilisé sans l'accord des autorités compétentes.

4.3.1.4 Peur de l'intrusion de l'intimité

La consultation dentaire implique une distance intime entre 2 personnes souvent inconnues l'une de l'autre. Cette pénétration dans l'intimité peut être perçue pour certains comme un viol. L'impression est d'autant plus marquée, en ce sens que la bouche est associée à une fonction sensuelle et érotique.

4.3.1.5 Peur relative des actes thérapeutiques

Les actes en eux-mêmes peuvent être déclencheurs de stress chez l'individu. Les instruments que nous utilisons sont perçus comme des « armes de torture ». La turbine et son bruit aigu est déplaisant pour le patient et puis l'instrument rotatif fixé dessus va « faire un trou ». Beaucoup sont convaincus d'ailleurs que ce dernier va leur faire mal même en étant anesthésiés. Cependant, ce sont les instruments pour les avulsions qui restent les plus redoutés. Le patient ignore la mobilisation préalable de la dent par luxation, il s' imagine qu'on tire sur la dent avec notre « tenaille » jusqu'à la faire sortir. Par ailleurs, la vision du sang qui s'écoule lors des actes de chirurgie est perçue comme un critère de gravité. Plus il y a de saignement, plus le patient évalue gravement sa blessure et l'atteinte à son intégrité physique. Il est de plus essentiel d'avoir un vocabulaire appropriée et éviter certains termes (arracher, dévitaliser...) renvoyant des images négatives et participant à leur malaise.

Réduire l'anxiété de ses patients est indispensable à la fois pour le confort du patient et celui du praticien qui doit effectuer des gestes techniques et précis.

La peur des soins dentaires est plurifactorielle, impliquant des interactions entre éléments issus du patient, du praticien, de l'environnement et des actes thérapeutiques.

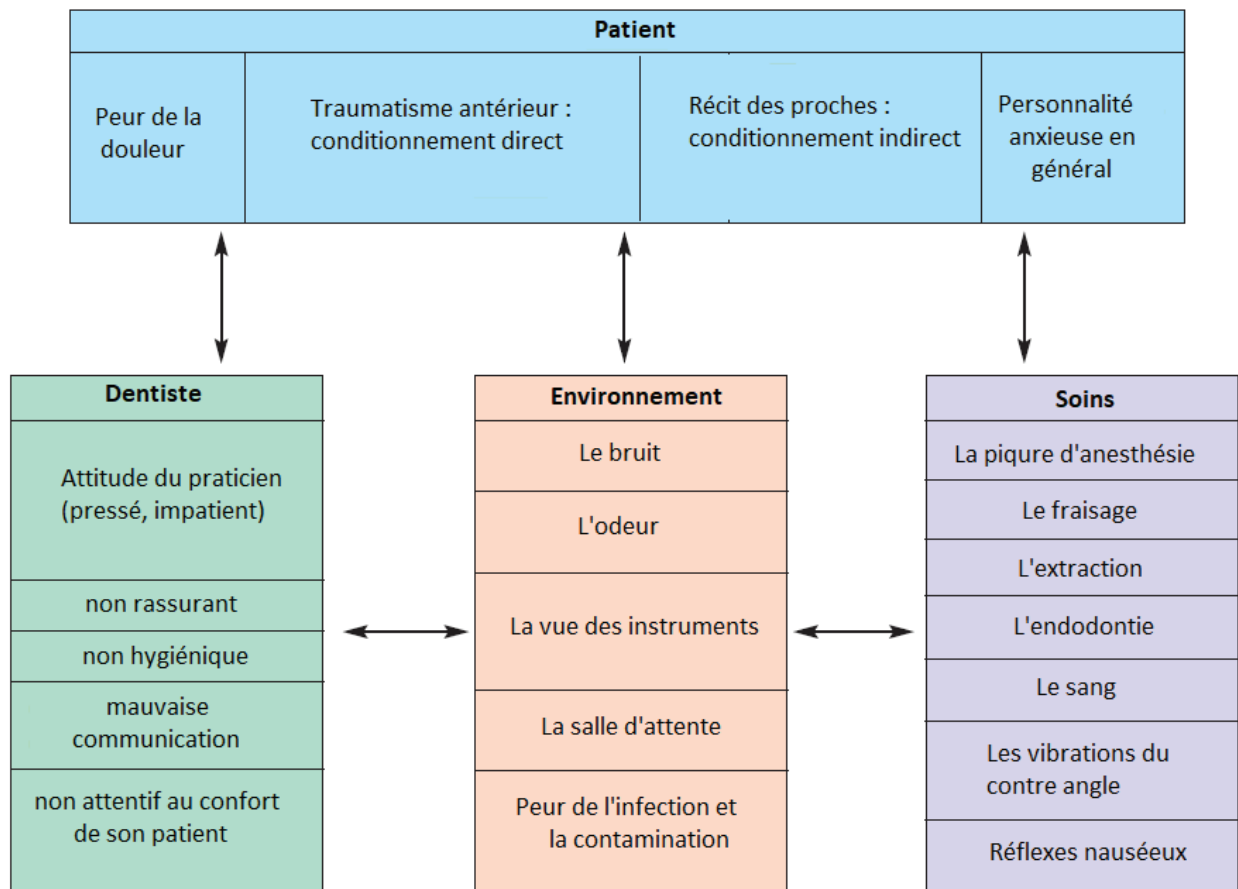


Figure 11 : Les interactions qui mènent à l'anxiété au cabinet dentaire

5. Impacts sur l'organisme

Cette anxiété face aux soins dentaires a des conséquences néfastes que ce soit sur la santé bucco-dentaire, la santé générale ou la vie sociale de l'individu.

5.1. Impacts sur la santé bucco-dentaire

Cette peur du chirurgien-dentiste mène bien souvent à l'évitement, ce qui entraîne une détérioration de l'état bucco-dentaire. Il en résulte une majoration des atteintes carieuses, parodontales et occlusales. En effet, l'absence de détartrage régulier aboutit à des gingivites et des parodontites. Ceci couplé à des habitudes de vie nocives souvent rencontrés chez ce type de patient (tels que le tabac et l'alcool), engendrent des atteintes parodontales ayant pour conséquence à plus ou moins long terme la perte précoce des organes dentaires. De plus, l'absence d'une maintenance professionnelle ainsi qu'un renouvellement des traitements restaurateurs et prothétiques combinés à l'accumulation de plaque et de tartre contribuent grandement à la dégradation de la denture.

Les délabrements provoqués associés aux édentements non compensés causent indéniablement des troubles occlusaux (calage et guidage) et accélèrent la détérioration non seulement des dents mais aussi des articulations temporo-mandibulaires. (33)

Dans la plupart des cas, ces patients anxieux ne consultent que lorsque la douleur devient insupportable. Consultant en urgence, il est quasiment toujours trop tard pour éviter une avulsion ou une pulpotomie (actes les plus redoutés, ce qui augmente le rejet des soins).

5.2. Impacts sur la santé générale

Les consultations sporadiques ou l'absence de consultation dû à cette appréhension par rapport au monde dentaire, n'ait pas sans répercussions sur la santé générale.

L'état de la santé bucco-dentaire influence grandement l'état de la santé générale et vice versa. Des dents en bonne santé sont le reflet dans un corps sain. Une sphère orale altérée peut avoir un impact sur l'ensemble de l'organisme. En effet, la flore microbienne en proportion élevée atteint la circulation sanguine générale et peut altérer les autres organes, augmentant l'incidence de pathologies générales.

L'OMS met en lumière le fait que certaines maladies bucco-dentaires représentent un facteur de risque pour un certain nombre d'affections. Les maladies parodontales, par exemple, seraient notamment liées entre autres (34) :

3. A certaines maladies cardio-vasculaires et accidents vasculaires cérébraux
4. A des infections respiratoires
5. Au diabète
6. A la polyarthrite rhumatoïde
7. A l'obésité
8. Aux accouchements prématurés

Par ailleurs, la diminution de l'efficacité masticatrice du fait d'un édentement non compensé ou de douleurs sur un secteur, provoque une mastication unilatérale augmentant la survenue de pathologies du système digestif ainsi que l'apparition de carences.

5.3. Impacts sur la vie sociale et au niveau de la Santé Publique

- Vie sociale : L'évitement des soins dentaires due à la peur, entraîne des conséquences néfastes d'un point vue bucco-dentaire. S'en trouvent inévitablement un préjudice social et une perte d'estime de soi. La mauvaise haleine, les lésions carieuses visibles ou les édentements sont autant de facteurs amenant à un sentiment de gêne voire de honte de ces personnes. Cet embarras empiète non seulement la vie privée mais aussi la vie professionnelle. Cela peut être vécue comme un véritable handicap altérant la qualité de vie de l'individu anxieux.

- Santé Publique: On pourrait être amené à croire que le renoncement aux soins entraîne une réduction des dépenses de la Sécurité Sociale, il n'en n'est rien, bien au contraire, comme les pathologies ne sont pas interceptées à temps, les thérapeutiques s'avèrent donc plus lourdes et plus coûteuses. De plus certaines pathologies générales peuvent se développer. La santé n'a ainsi pas de prix mais elle a un coût.

III. Etude sur l'anxiété des patients adultes dans le cadre des soins bucco-dentaires

1. Comment l'évaluer en clinique ?

Souffrir d'une anxiété peut être très frustrant mais ne pas pouvoir en parler à son praticien l'est encore plus. Beaucoup de patients se sentent figés dans leurs angoisses et n'osent pas en faire part à leur chirurgien-dentiste. Il est donc primordial dans notre pratique quotidienne, de prendre le temps de discuter avec le patient, non seulement pour le rassurer et le mettre en confiance mais aussi pour évaluer son anxiété et adopter la meilleure prise en charge thérapeutique possible.

Il existe plusieurs outils à notre disposition permettant de quantifier la peur. Les échelles de mesure sont nombreuses et une liste exhaustive n'aurait que peu d'intérêt. Nous détaillerons ainsi les échelles les plus utilisés.

1.1. Echelle Visuelle Analogique (EVA)

Cette échelle est souvent utilisée pour estimer la douleur mais on peut aussi l'utiliser pour évaluer l'anxiété du patient. L'EVA se présente sous la forme d'une réglette à deux faces sur laquelle se déplace un curseur. La face recto est destinée au patient tandis que le verso est utilisé par le praticien.

Cette échelle est réputée pour être simple et rapide d'utilisation : le patient évalue son anxiété sur la face recto en déplaçant un curseur qu'il doit situer entre deux bornes (0 : pas de stress et 10 : stress maximal). Le praticien, quant à lui, visualise le score d'anxiété obtenue sur le verso sur une échelle de 0 à 10 (figure 12).

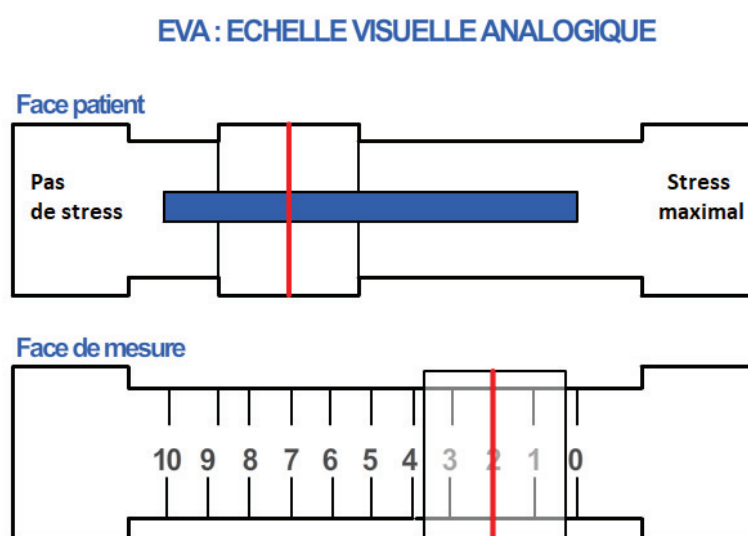


Figure 12 : Echelle visuelle analogique

1.2. L'échelle de Corah : Corah's Dental Anxiety Scale (CDAS)

Cette échelle a été mise au point en 1969 par le psychologue Norman L. Corah. Il s'agit de l'instrument de mesure de l'anxiété vis-à-vis du monde dentaire la plus connue. Elle comporte quatre questions, toutes en rapport avec une situation potentiellement « stressante » en lien directe ou non avec le soin dentaire.

Chaque question contient cinq réponses possibles (d'anxiété croissante). Un score de un à cinq est défini pour chaque réponse. Ainsi, en fonction des réponses aux quatre questions, un score final est obtenu : on aura un score total de 4 pour un patient n'exprimant pas d'anxiété et un score de 20 pour un patient extrêmement anxieux.

<p>Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Tâchez toujours de choisir une réponse. Ne réfléchissez pas trop longtemps.</p>
<p>1. Si vous deviez aller chez le dentiste demain, comment réagiriez-vous?</p> <p>0 Je considérerais cela comme une expérience plutôt agréable 0 Cela ne me dérangerait pas beaucoup 0 Je ne me sentirais pas tout à fait à l'aise 0 J'aurais peur que cela ne soit désagréable ou douloureux 0 J'aurais horriblement peur de ce que le dentiste devra faire</p>
<p>2. En attendant votre tour dans la salle d'attente du dentiste, comment vous sentez-vous?</p> <p>0 Détendu 0 Pas tout à fait à mon aise 0 Tendu 0 Anxieux 0 Si anxieux que j'en ai des sueurs ou que je me sente mal</p>
<p>3. Une fois installé dans le fauteuil du dentiste, attendant que celui-ci prépare la fraise avec laquelle il va soigner votre dent, comment vous sentez-vous?</p> <p>0 Détendu 0 Pas tout à fait à mon aise 0 Tendu 0 Anxieux 0 Si anxieux que j'en ai des sueurs ou que je me sente mal</p>
<p>4. Vous êtes assis dans le fauteuil du dentiste pour un nettoyage de vos dents. Alors que vous attendez et que le dentiste prend les instruments dont il aura besoin pour détartrer vos dents, comment vous sentez-vous?</p> <p>0 Détendu 0 Pas tout à fait à mon aise 0 Tendu 0 Anxieux 0 Si anxieux que j'en ai des sueurs ou que je me sente mal</p>

Figure 13 : Version française du questionnaire de Corah

1.3. L'échelle de Corah modifiée : Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)

Cette échelle a été développée par le professeur Gerry Humphris en 1995 à l'Université de St. Andrews en Ecosse. Elle utilise l'échelle de Corah comme base et y apporte quelques améliorations. En effet, le langage a été simplifié : les questions y sont plus courtes et plus facile à comprendre pour le patient. Elle représente l'échelle la plus utilisée (35).

De plus, une cinquième question a été rajoutée : elle concerne l'injection anesthésique (une des peurs les plus courantes chez le dentiste). Par ailleurs, le format de réponse aux items a été standardisé, allant de « pas anxieux » à « extrêmement anxieux » (figure 14).

1. Si vous devez rendre visite à votre dentiste pour un TRAITEMENT DEMAIN, comment vous sentez-vous ?				
<i>Pas anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Légèrement anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Assez anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Très anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Extrêmement anxieux</i> <input type="checkbox"/>
2. Si vous êtes assis dans la SALLE D'ATTENTE (en attente de votre traitement), comment vous sentez-vous ?				
<i>Pas anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Légèrement anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Assez anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Très anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Extrêmement anxieux</i> <input type="checkbox"/>
3. Si l'on est sur le point de vous FRAISER UNE DENT, comment vous sentez-vous ?				
<i>Pas anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Légèrement anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Assez anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Très anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Extrêmement anxieux</i> <input type="checkbox"/>
4. Si l'on est sur le point de vous DÉTARTRER ET DE VOUS POLIR LES DENTS, comment vous sentez-vous ?				
<i>Pas anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Légèrement anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Assez anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Très anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Extrêmement anxieux</i> <input type="checkbox"/>
5. Si vous êtes sur le point de recevoir une INJECTION ANÉSTHÉSIQUE LOCALE dans votre gencive, au dessus d'une dent supérieure à l'arrière, comment vous sentez-vous ?				
<i>Pas anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Légèrement anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Assez anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Très anxieux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Extrêmement anxieux</i> <input type="checkbox"/>

Figure 14 : Version française du questionnaire de Corah modifié

Chaque élément est noté de la manière suivante :

Pas anxieux	=	1
Légèrement anxieux	=	2
Assez anxieux	=	3
Très anxieux	=	4
Extrêmement anxieux	=	5

Le score total est la somme des cinq éléments, située entre 5 et 25 : un score à partir de 19 ou au-delà indique un patient souffrant d'une anxiété élevée de nature dentaire, probablement une phobie dentaire.

1.4. Dental Concerns Assesment

En 1993, l'échelle de Corah a été mise à jour par J.H Clarke et S. Rustvold. Ces derniers ont rajouté une deuxième partie au questionnaire. Le but étant d'aider le praticien et le patient à définir de manière plus précise les facteurs anxiogènes chez le dentiste.

DENTAL CONCERNS ASSESSMENT*					
Please rank your concerns or anxiety over the dental procedures listed below by ranking them on the accompanying scale. Please fill in any additional concerns.					
		<u>Level of Concern or Anxiety</u>			
		Low	Moderate	High	Don't know
1.	Sound or vibration of the drill	1	2	3	4
2.	Not being numb enough	1	2	3	4
3.	Dislike the numb feeling	1	2	3	4
4.	Injection ("novocaine")	1	2	3	4
5.	Probing to assess gum disease	1	2	3	4
6.	The sound or feel of scraping during teeth cleaning	1	2	3	4
7.	Gagging, for example during impressions of the mouth	1	2	3	4
8.	X-rays	1	2	3	4
9.	Rubber dam	1	2	3	4
10.	Jaw gets tired	1	2	3	4
11.	Cold air hurts teeth	1	2	3	4
12.	Not enough information about procedures	1	2	3	4
13.	Root canal treatment	1	2	3	4
14.	Extraction	1	2	3	4
15.	Fear of being injured	1	2	3	4
16.	Panic attacks	1	2	3	4
17.	Not being able to stop the dentist	1	2	3	4
18.	Not feeling free to ask questions	1	2	3	4
19.	Not being listened to or taken seriously	1	2	3	4
20.	Being criticized, put down, or lectured to	1	2	3	4
21.	Smells in the dental office	1	2	3	4
22.	I am worried that I may need a lot of dental treatment	1	2	3	4
23.	I am worried about the cost of the dental treatment I may need	1	2	3	4
24.	I am worried about the number of appointments and the time that will be required for necessary appointments and treatment; time away from work, or the need for childcare or transportation	1	2	3	4
25.	I am embarrassed about the condition of my mouth	1	2	3	4
26.	I don't like feeling confined or not in control	1	2	3	4
	Other (Use other side if needed):				

Figure 15 : Dental Concerns Assessment

Ainsi, une liste de vingt-six éléments potentiellement anxiogènes au cabinet dentaire a été répertorié avec quatre sélections permettant au patient d'évaluer son niveau de préoccupation : Faible, modérée, élevée ou je ne sais pas.

1.5. Dental Fear Survey (DFS)

Créée par Kleinknecht en 1973, ce questionnaire est composé de vingt questions (deux liées à l'évitement, cinq à l'auto-perception de l'excitation physiologique, douze aux stimuli dentaires, une à la peur des traitements dentaires en général).

<p>Répondez aux questions suivantes sur l'échelle reprise ci-dessous :</p> <p>1 : jamais 2 : une seule fois 3 : plus d'une fois 4 : souvent 5 : plutôt toujours</p> <p>1. La peur des soins dentaires vous a-t-elle un jour retenu pour fixer un rendez-vous chez le dentiste ? 2. La peur des soins dentaires vous a-t-elle un jour conduit à annuler un rendez-vous chez le dentiste ou à ne pas vous y rendre ?</p> <p>Lors des soins dentaires : (utiliser l'échelle suivante) 1 : pas du tout 2 : un peu 3 : quelque peu 4 : très 5 : très beaucoup</p> <p>3. Mes muscles sont tendus 4. Ma respiration est plus rapide 5. Je transpire 6. J'ai la nausée 7. Mon cœur bat plus vite</p> <p>Utilisez l'échelle ci-dessus pour indiquer le degré d'angoisse ou de malaise que provoque chacune des situations suivantes :</p> <p>8. Prendre rendez-vous chez le dentiste 9. En chemin vers le dentiste 10. Etre en salle d'attente 11. Etre assis dans le fauteuil du dentiste 12. L'odeur du cabinet dentaire 13. Voir le dentiste qui entre 14. La vue d'une seringue d'injection 15. Sentir l'aiguille d'injection 16. La vue de la fraise 17. Le bruit de la fraise 18. Les vibrations de la fraise 19. Le nettoyage de vos dents 20. Si l'on met tout ensemble, quel sera votre degré d'angoisse vu le fait que vous allez recevoir des soins dentaires ?</p>

Figure 16 : Version française de la DFS

1.6. Index of Dental Anxiety and Fear IDAF-4C+

En 2010, Armfield a élaboré un questionnaire qui prend en considération les quatre composantes (4C) cognitive, émotionnelle, physiologique et comportementale de l'anxiété et de la réponse à la peur. (36)

Il est composé de trois modules permettant au praticien de choisir celui qui l'intéresse :

- un module central : anxiété et peur
- un module : phobie dentaire, basé sur les critères diagnostiques DSM-IV
- un module : stimulus.

En 2013, Quenneville en a fait une adaptation en français validée. Il s'agit de l'échelle de la peur et de l'anxiété des traitements dentaires. (50)

<p>1) Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?</p> <p>Tout à fait en désaccord / Plutôt en désaccord / Plus ou moins en accord / Plutôt en accord / Tout à fait en accord</p>
<p>a) Je ressens de l'anxiété peu de temps avant ma visite chez le dentiste.</p> <p>b) J'évite généralement les visites chez le dentiste parce que je trouve l'expérience désagréable et pénible.</p> <p>c) Je ressens de la nervosité ou de l'angoisse à l'approche de toute visite chez le dentiste.</p> <p>d) Je pense que quelque chose de très grave pourrait m'arriver si j'allais chez le dentiste.</p> <p>e) J'ai peur lorsque je vais chez le dentiste.</p> <p>f) Mon cœur bat plus vite lorsque je vais chez le dentiste.</p> <p>g) Je remets à plus les rendez-vous chez le dentiste.</p> <p>h) Je pense souvent aux choses qui pourraient mal tourner avant ma visite chez le dentiste.</p>
<p>2) Est-ce que les énoncés suivants s'appliquent à vous ?</p> <p>Oui / non</p>
<p>a) Mon évitement ou ma crainte d'aller chez le dentiste perturbe nettement certaines sphères de ma vie (routine, fonctionnement professionnel ou scolaire, activités sociales ou rapports avec les autres).</p> <p>b) L'ampleur de ma crainte d'une intervention dentaire me perturbe beaucoup.</p> <p>c) Je considère que l'ampleur de ma crainte d'une intervention dentaire est excessive et démesurée.</p> <p>d) J'ai peur d'aller chez le dentiste parce que je m'inquiète à l'idée d'y faire une crise d'angoisse (soudaine peur accompagnée de transpiration abondante).</p>
<p>3) Dans quelle mesure les éléments suivants vous causent-ils de l'anxiété quand vous allez chez le dentiste ?</p> <p>Pas du tout / Un peu / Assez / Modérément / Beaucoup</p>
<p>a) Interventions douloureuses et désagréables</p> <p>b) Sentiment de gêne ou de honte</p> <p>c) Perte de contrôle sur ce qui se passe</p> <p>d) Sensation de malaise, de nausée ou de dégoût</p> <p>e) Engourdissement causé par l'anesthésique</p> <p>f) Ignorance de ce que le dentiste va faire</p> <p>g) Coût du traitement dentaire</p> <p>h) Aiguilles ou injections</p> <p>i) Peur d'avoir des haut-le-cœur ou d'étouffer</p> <p>j) Indifférence ou manque de gentillesse du dentiste</p>

Figure 17 : Echelle de Peur et de l'Anxiété des traitements dentaires (Quenneville 2013)

2. Etude clinique

2.1. Présentation de l'étude

Se rendre en consultation dentaire est rarement vécu comme un moment attendu et agréable. L'amélioration de la prise en charge et la gestion de la douleur n'y change rien : près d'un Français sur deux (48%) est encore angoissé à l'idée d'aller chez son dentiste. (38)

L'appréhension par rapport aux soins dentaires constitue un réel problème dans notre pratique. Ainsi, nous avons décidé d'élaborer une étude clinique permettant de cibler les patients anxieux et de déterminer les éléments au cabinet dentaire pouvant susciter leur anxiété. Le but étant de mieux cerner leur peur afin d'en améliorer la prise en charge.

2.2. Matériels et méthodes

2.2.1. Population cible

Le travail mené correspond à une étude monocentrique. La population cible étant les patients adultes consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Roch à Nice. La collection des questionnaires s'étalant de mars à juillet 2019.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants :

- Patient majeur ayant accordé son consentement éclairé
- Patient du CHU de l'hôpital Saint-Roch
- Maîtrise suffisante de la langue française

Les critères d'exclusion de l'étude étaient les suivants :

- Patient mineur
- Refus de participer à l'étude
- Maîtrise insuffisante de la langue française

Les patients étaient informés des buts de l'enquête et du cadre de participation à une thèse qui garantit l'anonymat et la confidentialité des réponses. Les questionnaires ont été confiés aux externes en chirurgie dentaire de l'hôpital Saint-Roch puis ont été délivrés aux patients (éligibles à l'étude) dans la salle d'attente. Ce questionnaire était ainsi rempli avant le soin dentaire.

2.2.2. Présentation du questionnaire

Le questionnaire est composé de trois parties :

- **La première partie** résume les informations d'ordre général du patient tels que son sexe, son appartenance à une tranche d'âge et sa situation professionnelle.
- **La deuxième partie** correspond au MDAS, qui est le questionnaire le plus utilisé pour évaluer l'anxiété des patients par rapport aux soins dentaires. Le score de Corah (validé) a donc été utilisé pour déterminer le niveau d'anxiété du patient.

Au-delà ou égale à 13 (valeur seuil) le patient était considéré **comme anxieux** face aux soins dentaires. **Au-delà ou égale à 19**, il était défini **comme phobique**, nécessitant ainsi une prise en charge pluridisciplinaire.

- **La troisième partie** consistait à identifier les potentiels facteurs anxigènes au cabinet dentaire. Le Dental Concerns Assesment (DCA) qui répertoriait vingt-six facteurs anxigènes a été utilisé comme base. En effet, nous avons retenu 20 items du DCA que nous avons adapté au « langage patient ».

Le questionnaire réalisé durant cette étude est joint ci-après.

EVALUATION DE L'ANXIETE FACE AUX SOINS DENTAIRES

Etudiant en chirurgie dentaire, je réalise dans le cadre de ma thèse, une étude sur l'anxiété des patients vis-à-vis du monde dentaire. Pour mener à bien mon projet, j'ai besoin de recueillir le maximum de données et je sollicite votre aide.

Ce questionnaire est anonyme, vos réponses seront traitées uniquement dans un but statistique.

Je vous remercie par avance pour le temps consacré à ce questionnaire

I – SITUATION DU PATIENT

<p>➤ <u>Etes-vous?</u></p> <p><input type="checkbox"/> un homme</p> <p><input type="checkbox"/> une femme</p>	<p>➤ <u>Quel âge avez-vous?</u></p> <p><input type="checkbox"/> 18-25 ans <input type="checkbox"/> 46-55 ans</p> <p><input type="checkbox"/> 26-35 ans <input type="checkbox"/> 56-65 ans</p> <p><input type="checkbox"/> 36-45 ans <input type="checkbox"/> Plus de 65 ans</p>	<p><u>Votre situation professionnelle ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Agriculteurs <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> Artisans, commerçants <input type="checkbox"/> Retraités</p> <p><input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Autres</p>
---	--	--

Vous venez : En urgence En consultation

II – DETERMINATION DU NIVEAU D'ANXIETE

1. Si vous devez rendre visite à votre dentiste pour un TRAITEMENT DEMAIN, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux *Légèrement anxieux* *Assez anxieux* *Très anxieux* *Extrêmement anxieux*

2. Si vous êtes assis dans la SALLE D'ATTENTE (en attente de votre traitement), comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux *Légèrement anxieux* *Assez anxieux* *Très anxieux* *Extrêmement anxieux*

3. Si l'on est sur le point de vous FRAISER UNE DENT, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux *Légèrement anxieux* *Assez anxieux* *Très anxieux* *Extrêmement anxieux*

4. Si l'on est sur le point de vous DÉTARTRE LES DENTS, comment vous sentez-vous ?





Pas anxieux *Légèrement anxieux* *Assez anxieux* *Très anxieux* *Extrêmement anxieux*

5. Si vous êtes sur le point de recevoir une PIQUIRE D'ANESTHESIE dans votre gencive, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux *Légèrement anxieux* *Assez anxieux* *Très anxieux* *Extrêmement anxieux*

III – IDENTIFICATION DES FACTEURS ANXIOGÈNES

Veillez évaluer le degré d'anxiété que procure ces différents éléments énumérés ci-dessous via l'échelle ci-jointe

	DEGRE D'ANXIETE ENGENDRE			
	FAIBLE 	MODERE 	ELEVE 	NEUTRE 
1. Le bruit des instruments				
2. L'anesthésie				
3. La peur d'avoir mal				
4. La sensation de gratter pendant le fraisage				
5. Reflux nauséux				
6. Le fait de réaliser une radio				
7. Le fait de garder la bouche ouverte				
8. La durée du soin				
9. La vue des instruments du dentiste				
10. La peur qu'on enlève ma dent				
11. L'annonce de la pathologie et du type de soin nécessaire				
12. La tenue du dentiste (masque, lunettes, blouse blanche)				
13. Être critiqué par l'état de ma bouche				
14. La position allongée sur le fauteuil				
15. Ne pas se sentir libre de poser des questions				
16. Ne pas être écouté ou pris au sérieux				
17. Les odeurs dans le cabinet dentaire				
18. Je suis préoccupé par le coût des soins dentaires dont j'ai éventuellement besoin				
19. Je suis inquiet du nombre de rendez-vous dont j'ai besoin				
20. Je crains d'avoir besoin de beaucoup de traitement				

Autre(s) :

2.2.3. Outils statistiques utilisés

La synthèse des données a été effectuée avec le logiciel Microsoft Excel et l'analyse via son extension statistique XLStat.

2.3. Résultats

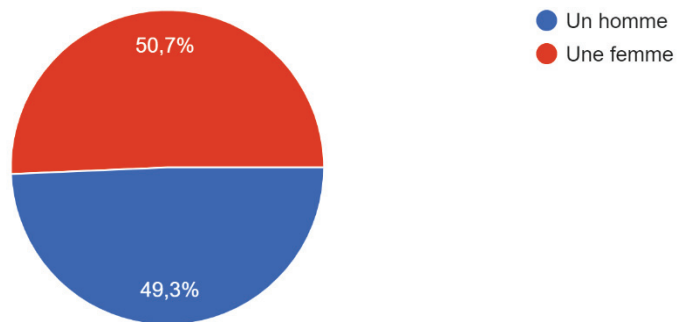
177 questionnaires ont été récoltés dont 25 ont été non retenus pour les motifs suivants :

- Patient mineur
- Questionnaire incomplet
- Questionnaire non anonyme

Ainsi, l'étude statistique ne porte que sur les 152 questionnaires restants exploitables.

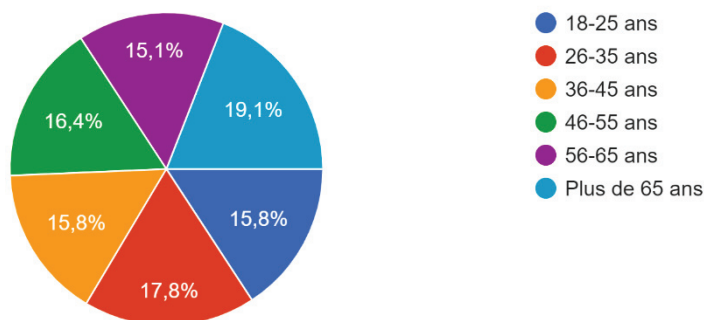
2.3.1. Distribution de l'échantillon

2.3.1.1. En fonction du sexe



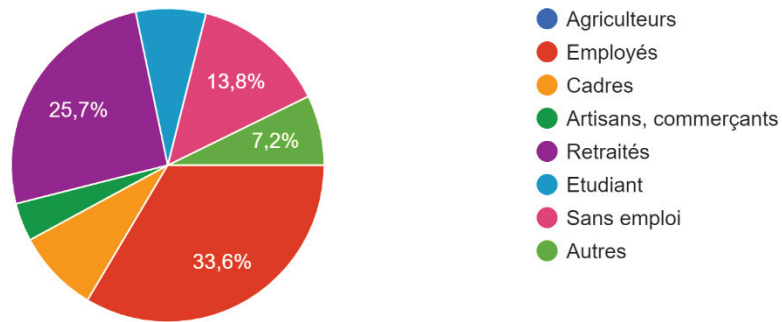
L'échantillon comprenait 152 patients avec quasiment autant de femmes (77) que d'hommes (75).

2.3.1.2. En fonction de l'âge



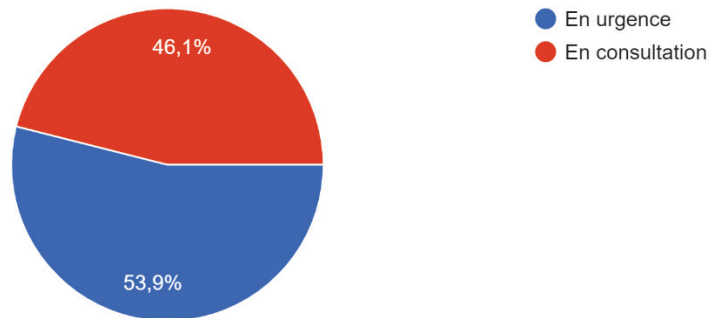
Distribution homogène des différentes tranches d'âge avec une légère dominance des plus de 65 ans (19,1%).

2.3.1.3. En fonction de la catégorie socio-professionnelle



Distribution hétérogène des différentes situations professionnelles avec une prédominance de la catégorie « employés » (51 patients).

2.3.1.4. En fonction du motif de consultation



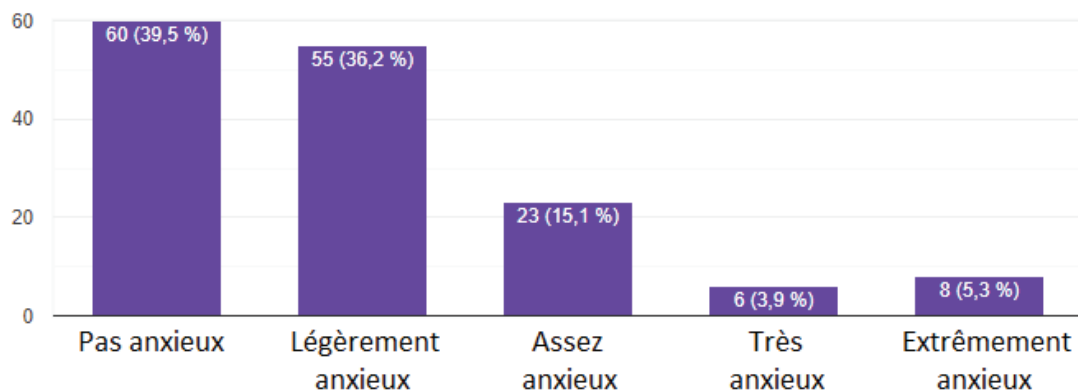
Répartition quasi égale des motifs de consultation : 70 patients avaient rendez-vous et venaient en consultation (aile A) tandis que 82 patients venaient sans rendez-vous, pour une urgence dentaire (au service des urgences).

2.3.2. Descriptions statistiques des réponses au questionnaire MDAS

2.3.2.1. Distribution graphique des résultats

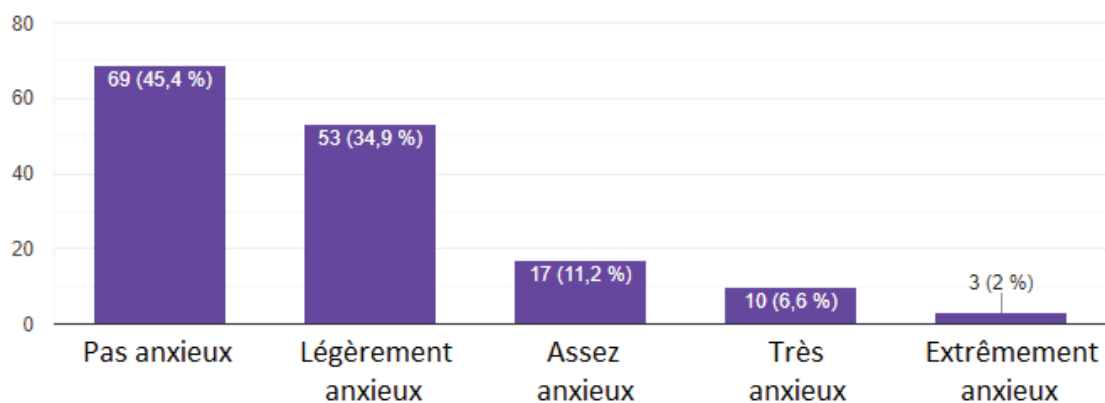
Si vous devez rendre visite à votre dentiste pour un TRAITEMENT DEMAIN, comment vous sentez-vous ?

152 réponses



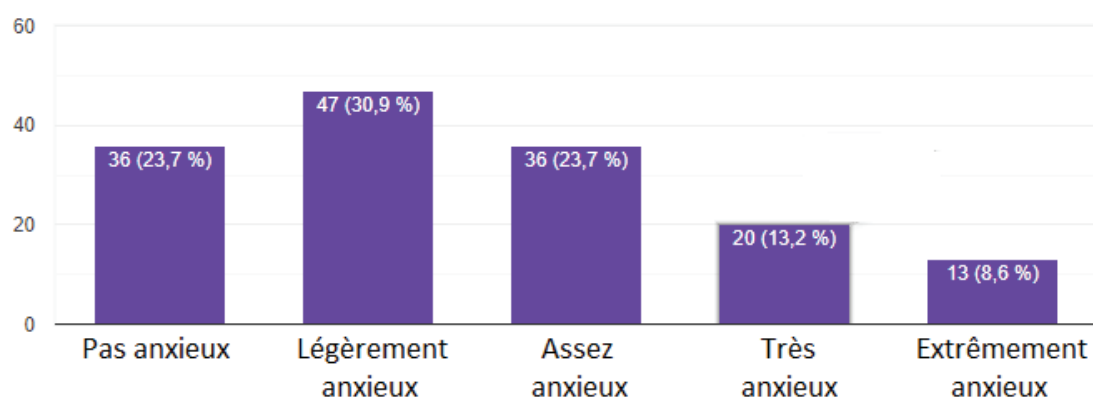
Si vous êtes assis dans la SALLE D'ATTENTE (en attente de votre traitement), comment vous sentez-vous?

152 réponses



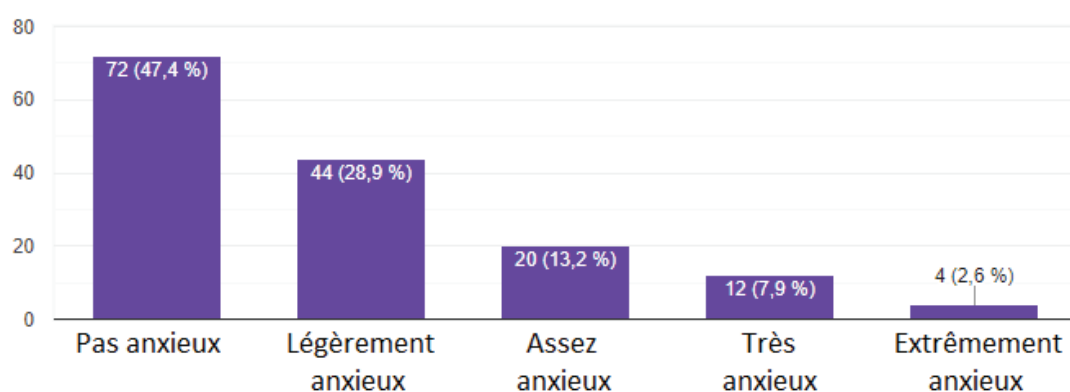
Si l'on est sur le point de vous FRAISER UNE DENT, comment vous sentez-vous?

152 réponses



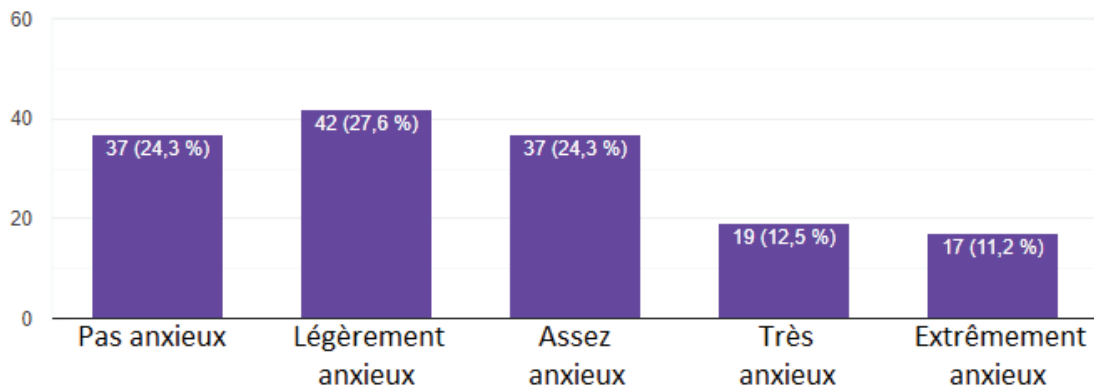
Si l'on est sur le point de vous DÉTARTRE LES DENTS, comment vous sentez-vous?

152 réponses



Si vous êtes sur le point de recevoir une PIQÛRE D'ANESTHÉSIE dans votre gencive, comment vous sentez-vous ?

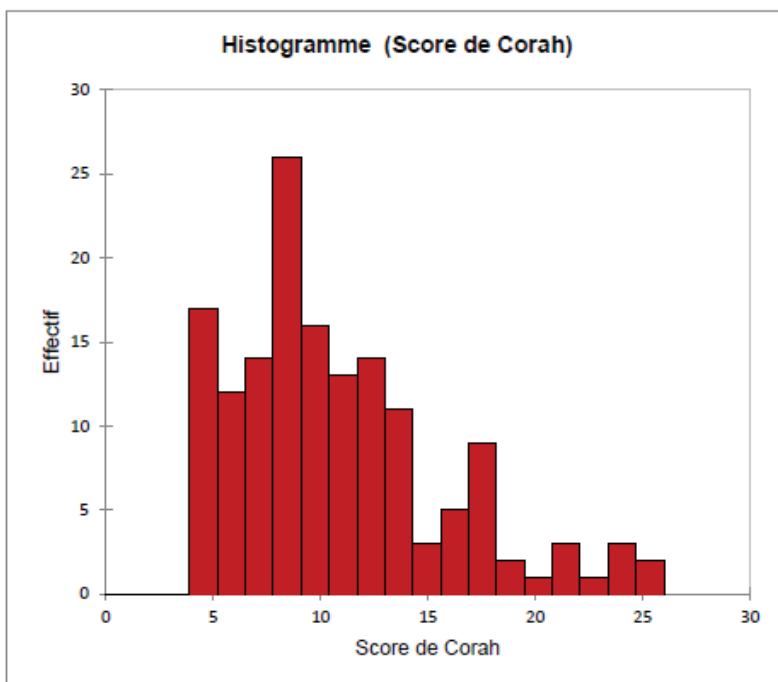
152 réponses



La réponse « Pas anxieux » est la réponse majoritaire dans toutes les questions posées excepté pour les questions concernant le fraisage de la dent et la piqure d'anesthésie où la réponse « légèrement anxieux » prédomine.

2.3.2.2. Répartition du Score de Corah

Jusqu'ici nous avons étudié chaque réponse aux questions séparément. Nous allons désormais étudier les réponses aux questions via une mesure quantitative : le Score de Corah. Chaque item induit un score de 1 à 5, la somme des scores des 5 questions donne ainsi un score total compris entre 5 et 25. Un score supérieur ou égale à **13** signifie que la personne est **anxieuse** vis-à-vis des soins dentaires, au-delà ou égale à **19**, elle est considérée comme **phobique**. Le Score de Corah détermine ainsi si le patient est anxieux ou pas. On obtient les résultats suivants :



Statistique	Score de Corah
Minimum	5,00
Maximum	25,00
Médiane	10,00
Moyenne	10,83
Ecart-type	4,83

Quelques rappels statistiques (39) :

- **La moyenne** permet de résumer la tendance centrale d'une série de mesure. Elle se calcule par la somme des valeurs divisée par le nombre de valeurs.
- **La médiane** sépare en deux parties égales une série de données. En d'autres termes, il y a autant de valeurs inférieures que supérieures à la médiane.
- **L'écart type** permet d'estimer la dispersion des valeurs autour de la moyenne. Plus l'écart type à une valeur élevée et plus les données sont dispersées par rapport à la moyenne.

Dans notre étude, on remarque que la moyenne et la médiane sont très proches avec une valeur de l'ordre de 10. La médiane étant égale exactement à 10 : Cela signifie qu'il y a autant de patients qui ont un Score de Corah inférieur à 10 que de patients ayant des valeurs supérieures à 10. Ceux qui sont égaux à 10 ne sont comptabilisés dans aucun de ces deux groupes.

L'écart type est de 4.83 signifiant des valeurs relativement dispersées autour de la moyenne.

Si on étudie le Score de Corah moyen par catégorie, on obtient le tableau suivant :

Variable	Observations	Moyenne	Ecart-type
Score de Corah Un homme	75	9,640	3,961
Score de Corah Une femme	77	11,987	5,318

Variable	Observations	Moyenne	Ecart-type
Score de Corah 18-25 ans	24	11,375	4,642
Score de Corah 26-35 ans	27	9,778	4,353
Score de Corah 36-45 ans	24	10,375	4,781
Score de Corah 46-55 ans	25	11,240	5,783
Score de Corah 56-65 ans	23	10,391	3,285
Score de Corah Plus de 65 ans	29	11,724	5,644

Variable	Observations	Moyenne	Ecart-type
Score de Corah Artisans, commerçants	6	9,167	5,707
Score de Corah Autres	11	10,818	5,528
Score de Corah Cadres	13	9,769	5,262
Score de Corah Employés	51	10,569	4,392
Score de Corah Etudiant	11	13,727	5,198
Score de Corah Retraités	39	11,410	5,061
Score de Corah Sans emploi	21	10,000	4,219

Variable	Observations	Moyenne	Ecart-type
Score de Corah En consultation	70	10,314	4,302
Score de Corah En urgence	82	11,268	5,221

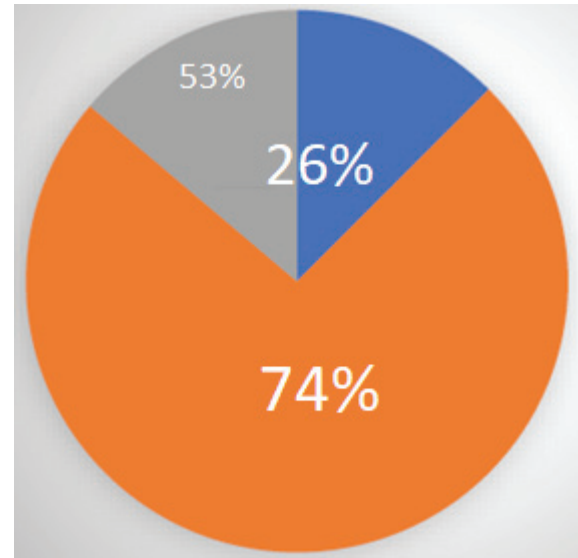
4)Score de Corah moyen par catégorie

2.3.2.3. Description de la population anxieuse

Nous répartissons ici l'échantillon de 152 participants en 2 groupes selon le Score de Corah : les non anxieux (>0 et <13) et les anxieux (>=13). Nous avons également représenté les phobiques (>=19) qui constituent un sous-groupe des anxieux.

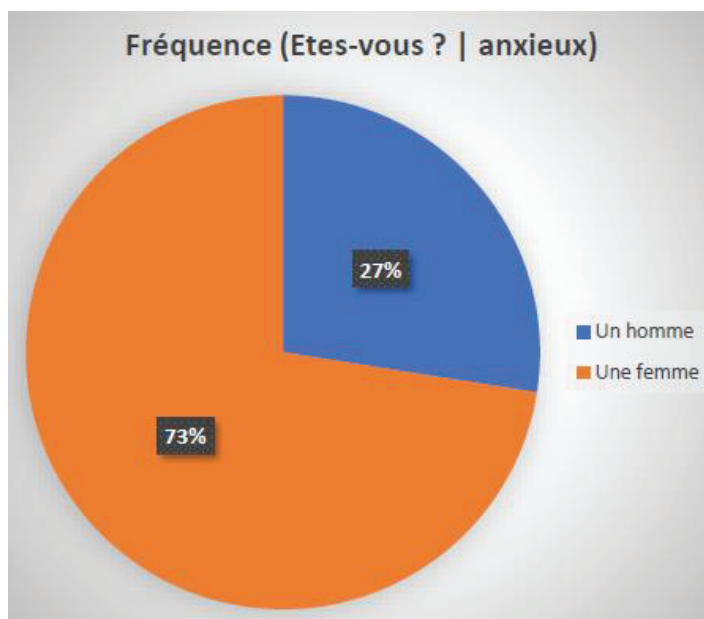
Parmi les **152 patients** questionnés :

- **74%** sont définis comme **non anxieux**
- **26%** sont définis comme **anxieux**
 - **53%** des anxieux sont déclarés comme **phobique** (d'après le score de Corah obtenue)



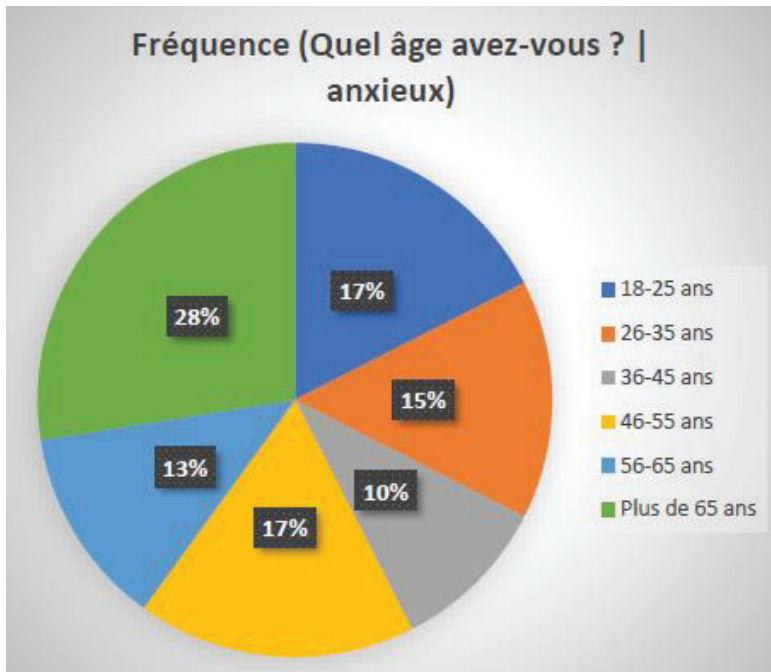
On remarque que le groupe des patients non anxieux est très largement majoritaire (74% de l'échantillon) tandis que les anxieux (26%) sont en nombre moindre. Parmi ces derniers, les phobiques (les très anxieux) sont assez présents, représentant plus de la moitié de la population anxieuse.

- Description de la population anxieuse selon le sexe :



Parmi les patients définis comme anxieux, quasiment les $\frac{3}{4}$ sont des **femmes**.

- Description de la population anxieuse selon la tranche d'âge :

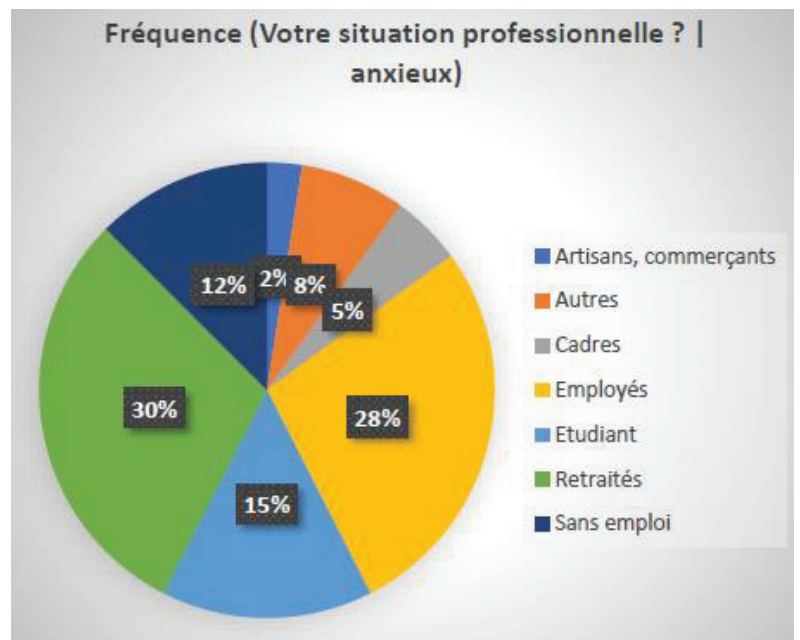


Malgré une dispersion assez équitable des différentes tranches d'âge concernant la population des patients anxieux, une majorité s'exprime : il s'agit des **séniors (les plus de 65 ans)**.

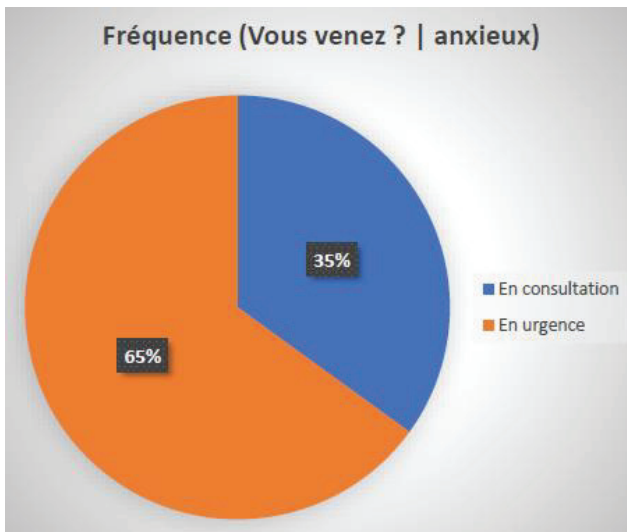
- Description de la population anxieuse selon la profession :

On observe ici une dispersion assez disparate. En effet deux catégories s'y dégagent de manière quasi égale.

Les retraités sont néanmoins prédominants.



➤ Description de la population anxieuse selon le motif de consultation :



Les patients anxieux consultant en urgence sont bien plus nombreux que les patients anxieux venant en consultation sur rendez-vous.

2.3.3. Descriptions statistiques des réponses aux facteurs anxiogènes

Notre troisième et dernière partie de notre questionnaire consistait à identifier les facteurs angoissants au cabinet dentaire. Chaque facteur énoncé a été évalué sur une échelle de 0 (degré d'anxiété engendré neutre) à 3 (degré d'anxiété engendré élevé).

Cela nous permet ainsi d'obtenir une moyenne « d'anxiété suscitée » sur une échelle de 0 à 3 pour chaque facteur. Le tableau suivant rassemble tous les facteurs en les classant du plus angoissant au moins angoissant (en moyenne). Les écarts-types sont assez peu fluctuants :

	Moyenne	Ecart-type
La peur d'avoir mal	2,09	0,92
La peur qu'on enlève ma dent	1,91	1,06
L'anesthésie	1,74	0,92
Je suis préoccupé par le coût des soins dentaires dont j'ai éventuellement besoin	1,66	1,03
Le bruit des instruments	1,52	0,93
La sensation de gratter pendant le fraisage	1,51	0,99
L'annonce de la pathologie et du type du soin	1,48	0,94
Je crains d'avoir besoin de beaucoup de traitements	1,38	0,98
La durée du soin	1,26	0,89
Ne pas être écouté ou pris au sérieux	1,24	0,89
Je suis inquiet du nombre de rendez-vous dont j'ai besoin	1,24	0,89

La vue des instruments du dentiste	1,20	0,89
Le fait de garder la bouche ouverte	1,18	0,82
Etre critiqué par l'état de ma bouche	1,11	0,87
Reflux nauséeux	1,11	0,85
Ne pas se sentir libre de poser des questions	1,03	0,84
Les odeurs dans le cabinet dentaire	0,89	0,79
La position allongée sur le fauteuil	0,87	0,80
La tenue du dentiste (masque, lunettes, blouse blanche)	0,86	0,76
Le fait de réaliser une radio	0,82	0,67

5) Classement par ordre d'anxiété décroissante des facteurs anxioènes au cabinet dentaire

A noter que nous avons laissé explicitement dans notre questionnaire une case « autre(s) » permettant au patient de mentionner un autre facteur anxioène les troublant non énoncé. Ainsi, seules trois réponses supplémentaires ont été inscrites :

- La crainte de ne pas être informé des soins réalisés
- Anxiété quand j'avale ma salive
- Ne pas savoir où positionner ma langue

En outre, on remarque que d'après notre étude, **la peur « d'avoir mal »** est l'angoisse majeure des patients. **La peur de l'extraction, l'anesthésie** sont respectivement dans l'ordre les deux autres les facteurs plus craints. **Le facteur financier** suscite également une inquiétude non négligeable puisque le cout des futurs soins occupe la quatrième place du classement.

2.3.4. Analyse statistique des résultats obtenues

2.3.4.1. Influence des facteurs socio-démographiques sur l'anxiété

Nous allons d'un premier temps, évaluer l'impact des différents facteurs socio-démographiques tels que l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle et le motif de consultation sur l'anxiété face aux soins dentaires.

Nous utiliserons ainsi les tests statistiques appropriés afin d'évaluer s'il existe une différence significative. Le seuil de significativité est fixé à 5% (p-valeur doit être inférieure à 0,05).

Lorsque p-valeur est plus petite que 0,05, cela signifie qu'on rejette l'hypothèse nulle selon laquelle il n'existe pas de différence significative entre les groupes étudiés et qu'on pourra supposer qu'il existe une différence significative.

Nous allons commencer par comparer les populations deux à deux pour la catégorie sexe et la catégorie motif de consultation. S'agissant de variables qualitatives nominales à 2 modalités nous utilisons donc le test Student.

Les résultats nous montrent :

✓ **Homme vs Femme :**

La moyenne du score de Corah de la population globale était de 10,83. Celle des hommes était de 9,64 et celle des femmes était de 11,98. Le test Student a été utilisé afin d'analyser les résultats et une différence significative a été montrée (**p-valeur =0,002**).

Le sexe a donc un effet significatif sur l'anxiété déclarée avec un Score de Corah significativement plus élevé chez les femmes que les hommes.

Les femmes sont donc plus anxieuses face aux soins dentaires que les hommes.

✓ **Urgence vs Consultation :**

Le test de Student montre **un p-valeur de 0,226**, ce qui nous indique **qu'il n'y a pas de différence significative** en termes d'anxiété face aux soins dentaires pour le groupe des patients consultant en urgence et celui venant sur rendez-vous à une consultation.

Pour l'âge et la situation professionnelle, plus de deux modalités sont présentes dans le questionnaire. Ainsi, le test d'analyse de la variance va nous permettre de comparer les moyennes de Score de Corah de ces groupes. Les résultats sont les suivants :

✓ **Age :**

P-valeur est égale à 0,681 ce qui signifie qu'il n'existe **pas de différences significatives** entre les différentes tranches d'âge concernant la peur au cabinet dentaire.

✓ **Situation professionnelle :**

Selon le test d'analyse de la variance, **il n'existe pas de différences significatives** entre les Scores de Corah des différentes catégories socio-professionnelles étudiées. Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure qu'une profession soit plus angoissée qu'une autre chez le dentiste.

2.3.4.2. Les facteurs les plus angoissant au cabinet dentaire

D'après nos résultats statistiques, parmi les vingt facteurs étudiés, les trois facteurs les plus anxiogènes chez le dentiste sont :

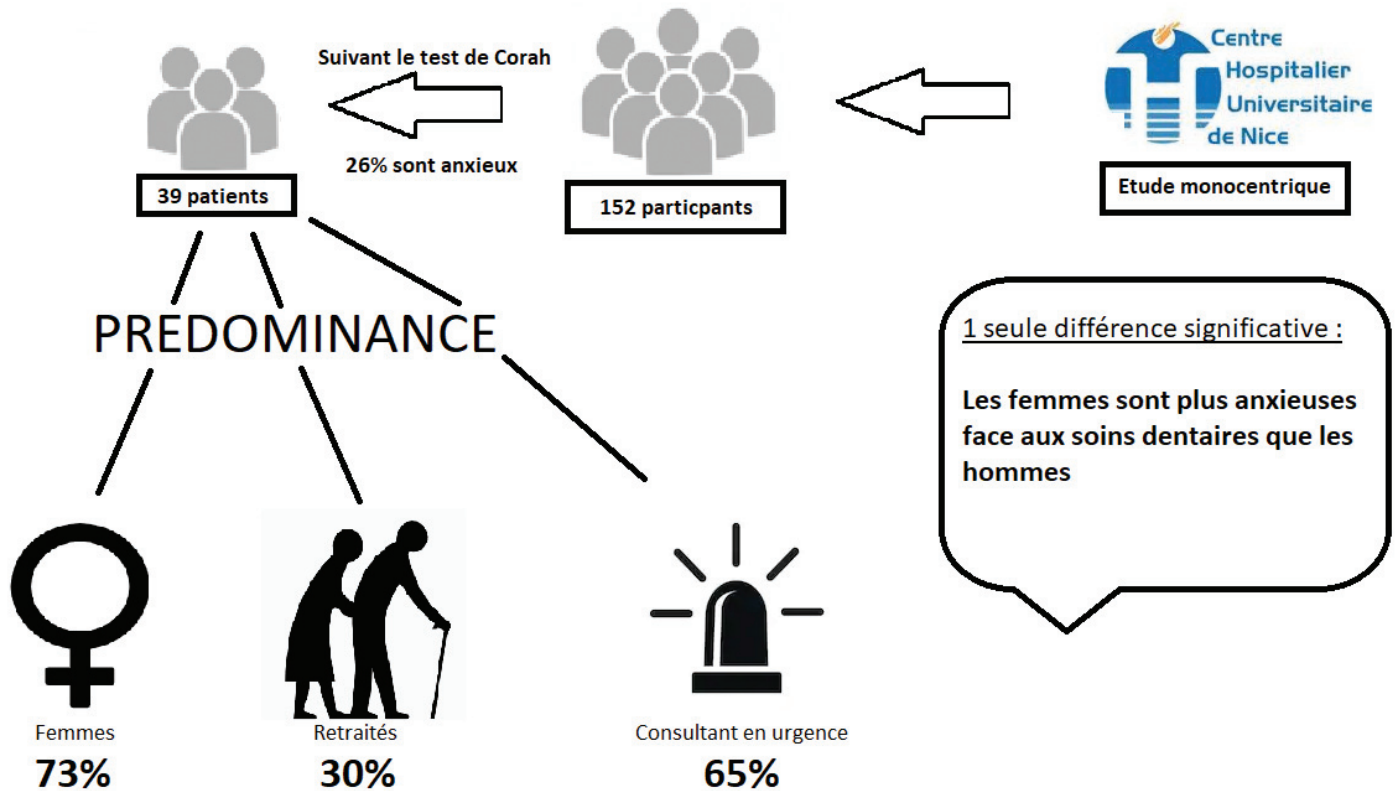
- 1) La peur « d'avoir mal »
- 2) La peur « qu'on enlève ma dent »
- 3) L'anesthésie

Pour tester la significativité de ces résultats, nous utilisons un test de Friedman (voir tableau ci-dessous). Ainsi, il n'y a pas de différence significative entre ces trois facteurs en termes d'anxiété suscitée. En effet, on ne peut affirmer que l'un des facteurs est plus anxiogène que les deux autres. Cependant, la peur « d'avoir mal » est un facteur significativement plus angoissant que tous les autres hormis les deux précédents.

p-valeurs	2 - L'anesthésie	3 - La peur d'avoir mal	10 - La peur qu'on enlève ma dent
1 - Le bruit des instruments	0,796	0,000	0,205
2 - L'anesthésie	1	0,284	1,000
3 - La peur d'avoir mal	0,284	1	0,875
4 - La sensation de gratter pendant le fraisage	0,948	0,001	0,418
5 - Reflux nauséux	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
6 - Le fait de réaliser une radio	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
7 - Le fait de garder la bouche ouverte	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
8 - La durée du soin	0,001	< 0,0001	< 0,0001
9 - La vue des instruments du dentiste	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
10 - La peur qu'on enlève ma dent	1,000	0,875	1
11 - L'annonce de la pathologie et du type du soin	0,711	< 0,0001	0,149
12 - La tenue du dentiste (masque, lunettes, blouse blanche)	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
13 - Etre critiqué par l'état de ma bouche	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
14 - La position allongée sur le fauteuil	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
15 - Ne pas se sentir libre de poser des questions	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
16 - Ne pas être écouté ou pris au sérieux	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
17 - Les odeurs dans le cabinet dentaire	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
18 - Je suis préoccupé par le coût des soins dentaires dont j'ai éventuellement besoin	1,000	0,016	0,941
19 - Je suis inquiet du nombre de rendez-vous dont j'ai besoin	0,000	< 0,0001	< 0,0001
20 - Je crains d'avoir besoin de beaucoup de traitements	0,097	< 0,0001	0,005

6) Comparaison des 3 facteurs les plus anxiogènes par rapport aux autres facteurs

SCHEMA RECAPITULATIF DE NOTRE ETUDE



LES 3 FACTEURS LES + CRAINTS AU CABINET DENTAIRE

2.4. Discussion

Le stress, dans sa globalité, est aujourd'hui considéré comme la maladie caractéristique du 21^e siècle et la « peur du dentiste » est le stress spécifique du monde dentaire, phénomène mondialement répandu. Sa prévalence parmi les adultes varie selon les pays et dépend de l'échelle d'évaluation utilisée. Néanmoins, de nombreuses études estiment la prévalence de cette peur dans la population mondiale entre 15 et 20% (40) (41) (42) (43).

Concernant notre étude, nous évoquons une différence significative en termes d'anxiété en fonction du sexe, ce qui est corrélé également dans plusieurs recherches affirmant que les femmes sont en général plus anxieuses que les hommes par rapport aux soins dentaires (44). Plusieurs hypothèses ont été émises afin d'expliquer ces résultats. Outre la différence génétique entre ces deux sexes, ces études tendent à supposer cette anxiété plus prononcée chez la gente féminine de part des différences psychologiques et comportementales. En effet, l'éducation familiale, culturelle et sociale totalement sexuées font que les femmes sont d'ordinaire de nature plus sensibles et plus soucieuses des événements de la vie courante. En effet, la vie d'une femme moderne n'est pas de tout repos : travail, maison, conjoint et enfants, les femmes sont plus confrontées que les hommes aux tensions quotidiennes. Elles sont alors plus vulnérables à l'anxiété que les hommes. Il existe aussi des différences hormonales (cycle menstruel, grossesse, ménopause) représentant également un facteur favorisant le stress (45) (46).

L'analyse de nos résultats n'a pas permis d'apporter des conclusions significatives concernant l'influence de l'âge et de la catégorie socio-économique du patient. Cependant, nous observons clairement une nette proportion de personnes anxieuses chez les séniors. De même, plusieurs études montrent que les personnes âgées (les plus de 65 ans) ont généralement un plus haut degré d'anxiété « dentaire » que les plus jeunes (les moins de 40ans) (47). La perte d'autonomie, leur fragilité physiologique et la diminution des revenus de ces personnes retraitées sont autant de facteurs prédisposants au stress.

Les patients consultant en urgence sont significativement plus stressés à l'idée de consulter que les patients consultant régulièrement d'après de nombreux écrits de la littérature (49). Bien que notre étude ne déclare que des conclusions relatives à ce sujet, ce phénomène peut s'expliquer du fait que bien souvent les patients consultant en urgence sont des personnes fréquentant rarement les cabinets dentaires du fait d'une certaine angoisse, venant en soin lorsque la douleur devient insoutenable.

A propos des facteurs anxiogènes au cabinet dentaire, les plus fréquemment cités dans la littérature sont les actes invasifs : avulsion et anesthésie. Un patient sur trois attribue son anxiété à la phobie de l'aiguille (48).

La distribution des questionnaires s'est faite de manière systématique et sans connaissance du motif du consultation des patients entrant au service d'odontologie du CHU de Nice. La distribution s'est réalisée aussi bien dans le secteur des consultations (aile A) qu'au secteur des urgences dentaires (rez de chaussée).

Ainsi, l'inclusion des sujets éligibles à l'étude s'est effectuée au fur et à mesure de l'arrivée et de l'enregistrement des patients dans le service, ce qui a permis de diminuer l'effet du facteur biais de sélection.

De plus pour contrer ce facteur, le questionnaire était rempli avant le soin dentaire car le fait d'être distribué au cours des soins aurait pu orienter, de façon inconsciente, par la connaissance de la personnalité des patients, le choix de la distribution vers les patients les plus anxieux.

Cependant, un choix idéal concernant la sélection des patients de l'étude, aurait été de créer un échantillon randomisé par tirage au sort parmi tous les patients éligibles et non dans un ordre donné. L'aspect monocentrique influe aussi sur le biais de sélection, une étude multicentrique aurait permis d'isoler l'effet du centre étudié.

➤ CONCLUSION

Nous avons soigné et soignerons tous des patients qui, d'une manière ou d'une autre, souffrent d'une peur des soins dentaires. Cette souffrance morale peut parfois se surajouter à la douleur physique d'une pathologie bucco-dentaire existante.

Il demeure ainsi essentiel de prendre en charge le patient dans sa globalité. En effet, la médecine doit se tourner vers le malade et non sur sa seule la maladie.

Le succès thérapeutique dépend certes des compétences techniques du praticien mais il dépend surtout de la qualité de la relation patient – praticien. En effet, le sentiment d'écoute, d'empathie, d'humanité et de respect sont les socles d'une relation de confiance, véritable clé de la réussite de la prise en charge du patient qu'il soit anxieux ou non.

De nos jours, il existe de nombreuses stratégies thérapeutiques pour faire face à cette anxiété tels que la sédation consciente, l'hypnose ou bien l'acupuncture. La technologie, l'efficacité des traitements, la performance des médicaments et la diversité des options thérapeutiques permettent d'apporter une plus-value en termes de qualité d'exercice, de bien-être et de satisfaction des patients.

Néanmoins, chaque situation doit être évaluée par le praticien traitant afin de fournir la solution la plus adaptée au patient car on ne traite pas l'homme en général mais l'individu en particulier.

➤ BIBLIOGRAPHIE

- (1) « Anxiété », dictionnaire de français. Larousse, 2019
- (2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®), Fifth Edition. 2013. 991P, (24P).
- (3) Aminabadi NA, Erfanparast L, Shorabi A, Oskouei SG, Naghili A. The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4-6-Year-Old Children: a Randomized Controlled Clinical Trial. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2012. Autumn; 6(4): 117 – 124
- (4) Louis-Marie Morfaux. Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines, Armand Colin. 2020. 616P, (19P).
- (5) « Stress », dictionnaire de français. Larousse, 2019
- (6) « Peur », dictionnaire de français. Larousse, 2019
- (7) Larivey M, Garneau J. L'anxiété et l'angoisse, les Vigiles de l'équilibre mental. Collection La lettre du psy, pocketaudio ; 2003.
- (8) BERTHET A, DROZ D, MANIERE MC, NAULIN-IFI C, TARDIEU C. Comprendre et évaluer la douleur et l'anxiété. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Réussir, Quintessence Internationale. 2006. 125P, (25P).
- (9) Klages U, Kianifard S, Ulusoy O, Wehrbein H. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2006;34(2):139-145
- (10) Okawa K, Ichinohe T, Kaneko Y. Anxiety may enhance pain during dental treatment. *The bulletin of Tokyo dental college*. 2005;46(3):51-80
- (11) Thery-Hugly Mc. Approche psychologique de l'enfant en chirurgie buccale. *Réalités cliniques* 1995; 6:279-292
- (12) Paris Jean-Christophe et Faucher André-Jean. Le guide esthétique : comment réussir le sourire de vos patients. Paris : Quintessence international, 2003. 309P, (55P).
- (13) Lecomtea O, Tristana D. Les praticiens des armées dans l'histoire des arts dentaires. *Médecine Armées*. 2010 ;(38)5 :469-476
- (14) Les Français et la peur du dentiste : mythe ou réalité ? Communiqué de presse. 27 Novembre 2017
- (15) Armfield JM. What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012. John Wiley & Sons Ltd.
- (16) Armfield JM, LJ Heaton. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review *Australian Dental Journal*. 2013;58(4):390-407
- (17) Moore R, Brodsgaard I, Rosenberg N. The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC Psychiatry*. 2004;4(10)
- (18) Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review Ava Elizabeth Carter, Geoff Carter, Mark Boschen, Emad AlShwaimi, Roy George. *World J Clin Cases* 2014; 2(11): 642-653
- (19) SALTHUN-LASSALE BÉNÉDICTE. « Les circuits de la peur ». 2010. Disponible sur : <https://www.pourlascience.fr/sd/neurosciences/les-circuits-de-la-peur-10773.php>
- (20) Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2016;35.
- (21) Hmud R, Walsh LJ. Dental anxiety: causes, complications and management approaches. *Journal of Minimum Intervention In Dentistry* 2009 ; 2(1) :67-71.
- (22) Locker D, Thomson WM, Poulton R. Psychological Disorder, Conditioning Experiences, and the Onset of Dental Anxiety in Early Adulthood. *Journal of Dental Research*. 2001;80(6):1588-1592.
- (23) Ten Berge M, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J: The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 321–329.

- (24) Armfield JM, Ketting M. Predictors of dental avoidance among Australian adults with different levels of dental anxiety. *Health Psychol.* 2015;34(9):929-940.
- (25) Facco E and Zanette G. The Odyssey of Dental Anxiety: From Prehistory to the Present. A Narrative Review. *Frontiers in Psychology.* 2017; 15(3): 127-133
- (26) Ram D, Shapira J, Holan G, Cohen FMS, Davidovic E. Audiovisual video eyeglass distraction during dental treatment. *Quintessence International*, 2010; vol.41 :673-679
- (27) Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev.* 2017; 55:25-40.
- (28) Bohl J-B, Pirnay P. Pourquoi nos patients ont-ils peur de nos soins dentaires ? La peur du dentiste. Editions CdP; 2016. 112P (36-39P)
- (29) Bernard-Masse C. L'ACOUSTIQUE DU CABINET DENTAIRE : ENQUÊTE D'OPINION AUPRÈS DE CHIRURGIENS-DENTISTES DE MEURTHE ET MOSELLE ET ÉTUDE D'UN CAS PARTICULIER. Nancy; 2011.
- (30) Manetta C, Urdapilleta I. Le monde des odeurs : de la perception à la représentation. L'Harmattan, coll. « Sciences cognitives », 2011. 86P, (34P)
- (31) Shapiro M. Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety. *Eur J Oral Sci.* 2007;115(6):479-83
- (32) Raadal M, Skaret E. Background Description and Epidemiology. In: Öst LG, Skaret E, editors. *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety.* Wiley-Blackwell; 2013. p. 21-32
- (33) Boscato N ; Almeida R.C ; Koller C.D ; Presta A.A ; Goettens M.L. Influence of anxiety on temporomandibular disorders – an epidemiological survey with elders and adults in southern Brazil. *J Oral Rehabil.*; 40(9):643-9. 2013
- (34) Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 – Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire. Organisation Mondiale de la Santé. 2003. Disponible sur : https://www.who.int/oral_health/media/fr/orh_report03_fr
- (35) ARMFIELD JM, How do you measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health Prev Dent* 2010; 8(2) : 107-115
- (36) Armfield JM. Development and psychometric evaluation of the index of dental anxiety and fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess.* 2010 Juin;22(2):279-87
- (37) Quenneville I. Adaptation québécoise-française et validation de l'index of dental anxiety and fear. [Québec]: Faculté de médecine dentaire Université Laval; 2013
- (38) Sondage Ouest France, 2016. Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/sante/pres-de-la-moitie-des-francais-ont-toujours-peur-du-dentiste-4131024>
- (39) Moyenne, définition tirée de Xlstat.com disponible sur : <https://help.xlstat.com/s/article/moyenne-mediane-ecart-type-et-autres-statistiques-dans-excel?language=fr>
- (40) Armfield JM. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Aust Dent J.* 2010;55(4):368-377.
- (41) Hill KB, Chadwick B, Freeman R, O'Sullivan I, Murray JJ. Adult Dental Health Survey 2009: relationships between dental attendance patterns, oral health behaviour and the current barriers to dental care. *Br Dent J.* 2013;214(1):25-32.
- (42) Humphris G, Crawford JR, Hill K, Gilbert A, Freeman R. UK population norms for the modified dental anxiety scale with percentile calculator: adult dental health survey 2009 results. *BMC Oral Health.* 2013;13:29.

- (43) Skaret E, Soevdsnes EK. Behavioural science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient. *International Journal of Dental Hygiene*. 2005;3(1):2-6.
- (44) **Armfield JM**, Spencer AJ, Stewart JF. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J* 2006; (51): 78-85
- (45) Enkling N, Marwinski G, Johren P. Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. *Clin Oral Investig*.2006;10(1):84-91.
- (46) Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Are people with dental fear under-represented in oral epidemiological surveys? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Juin 2009;44(6):495-500.
- (47) The fearful patient in dental routine, Carl-Otto Brahm, Department of Behavioural and Community Dentistry Institute of Odontology Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, 2018.
- (48) From public mental health to community oral health: the impact of dental anxiety and fear on dental status Antonio Crego, María Carrillo-Díaz, Jason M. Armfield and Martín Romero, 2014.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon Devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes



Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,
Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de
Chirurgie Dentaire de l'UNS

Professeur

Professeur Laurence LUPI

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

GHAZEL Mounes

**ANXIETE DES PATIENTS ADULTES AU
CABINET DENTAIRE : ORIGINES, IMPACTS ET
EVALUATION DANS LE CADRE D'UNE ETUDE
AU SEIN DU CHU DE NICE**

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, 2020, n°42-57-20-13

Directeur de thèse : Docteur PESCI-BARDON Catherine

Mots-clés : anxiété, stress, peur du dentiste, douleur, anesthésie, santé bucco-dentaire

Résumé :

Consulter son chirurgien-dentiste n'a jamais été une partie de plaisir. Si très peu de patients aiment se rendre au cabinet dentaire, pour certains il s'agit d'une véritable angoisse. Cette peur est un phénomène fréquent touchant tous les âges, toutes les catégories sociales, femmes et hommes confondus. De la simple anxiété à la phobie, elle prend souvent racine dans notre enfance et nous poursuit à l'âge adulte.

L'anxiété face aux soins dentaires est un réel problème car elle empêche de nombreuses personnes de réaliser les soins de base, favorisant la dégradation de leur denture et créant ainsi un sentiment de honte. Cette situation entraîne bien souvent la mise en place d'un cercle vicieux où les patients tendent à retarder leur rendez-vous médical jusqu'au dernier moment.

Dans le cadre d'une étude, un questionnaire a permis d'évaluer le niveau d'anxiété des patients adultes et d'identifier les potentiels facteurs anxiogènes liés au monde de l'odontologie. De ce fait, les données de 152 patients consultant au CHU de Saint Roch à Nice ont pu être analysées.

Cette enquête a mis en évidence un niveau d'anxiété par rapport aux soins dentaires plus élevé chez les femmes que les hommes. Aucune autre différence statistiquement significative n'a été observée selon les tests utilisés. Par ailleurs, la peur de la douleur – l'anesthésie – la peur de l'avulsion constituent les sentiments les plus craints par les patients d'après cette étude clinique.